New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2008
Annual Report

Office of the Chief Coroner

2008
Rapport annuel

Le bureau du coroner en chef

2008 Annual Report

Rapport annuel 2008

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of Public Safety
Province of New Brunswick
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

May 2010

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

Publié par :
Le bureau du coroner en chef
Ministère de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Mai 2010

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :
Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :
Service d'imprimerie,
Approvisionnement et Services

ISBN 978-1-55471-058-4

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

ISBN 978-1-55471-058-4

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2008
Annual Report

Office of the Chief Coroner

2008
Rapport annuel

Le bureau du coroner en chef

The Honourable John Foran
Department of Public Safety
Fredericton
New Brunswick

L'honorable John Foran
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Dear Minister:

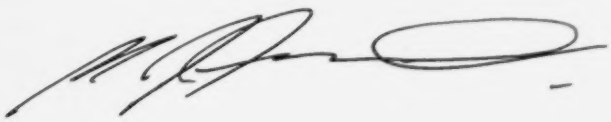
Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the Thirty-seventh Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 2008 to December 31, 2008.

Yours very truly,

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le trente-septième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2008 en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.



GREGORY J. FORESTELL
Chief Coroner
Province of New Brunswick

GREGORY J. FORESTELL
Le coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

Table of Contents

Page

Mission Statement 6

Historical Background 6

Origin of the Office of the Coroner 6

The New Brunswick Coroner System 7

Organizational Structure 7

Notification Requirement 8

Investigative Capacity of Coroner Services 8

Purpose of Coroner's Investigation 9

The Inquest Decision 9

Summary 10

Statistical Summary of Investigated Deaths 12

Schedule "A.1" - Total Deaths by Classification 14

Schedule "A.2" - Total Deaths by Month 15

Schedule "A.3" - Total Deaths by Judicial District 16

Schedule "B.1" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 17

Schedule "B.2" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 18

Schedule "B.3" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment 22

Table des matières

Page

Énoncé de mission 6

Survol historique 6

Origine de la fonction de coroner 6

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick 7

Structure administrative 7

Déclaration 8

Pouvoirs d'enquête du Service des coroners 8

But de l'investigation 9

La décision de mener une enquête 9

Résumé 10

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès 12

Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie 14

Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois 15

Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire 16

Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 17

Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 18

Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 22

Schedule "C.1" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 28

Schedule "C.2" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor.....29

Schedule "C.3" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment.....32

Schedule "D.1" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District.....35

Schedule "D.2" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 36

Schedule "D.3" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 37

Schedule "E.1" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 38

Schedule "E.2" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor.....39

Schedule "E.3" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment.....40

Schedule "F.1" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Judicial District.....46

Schedule "F.2" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 47

Schedule "F.3" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Environment.....48

Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 28

Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 29

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence.....32

Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 35

Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 36

Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence.....37

Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 38

Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 39

Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence.....40

Tableau « F.1 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 46

Tableau « F.2 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité.....47

Tableau « E.3 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence.....48

Schedule "F" - Undetermined Deaths... 49

Summary of Inquests and Recommendations..... 51

Other Cases of Interest..... 63

Inquests and Cases of Interest (2007..... 91

Tableau « F. » - Décès d'origine Inconnue 49

Résumé des enquêtes et des recommandations.....51

Autres cas d'intérêt.....63

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2007.....91

Our Mission

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency. Coroner Services is mandated by statute to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick, conduct inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems, which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon the basic questions and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

Notre mission

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandaté en vertu des lois provinciales pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public. Le Service n'a aucun intérêt, quel qu'il soit, quant à l'issue de ces enquêtes.

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les États ou est appliquée la common law.

Après sept siècles, les questions de bases demeurent inchangées : « Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte? »

An inquest is not a forum to resolve civil disputes nor to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

In New Brunswick, Coroner Services falls under the Department of the Public Safety for administrative purposes. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by a full time Deputy Chief Coroner.

The six full time staff, who serve as Regional Coroners in Fredericton/Woodstock, Moncton/Miramichi, Saint John, Bathurst/Campbellton and Edmundston report to the Chief Coroner.

In addition to the six Regional Coroners, a cadre of experienced investigative staff from the Compliance Branch serve as Investigating Coroners. This group provides services primarily on nights and weekends.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement au décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Aux fins administratives, les Services des coroners au Nouveau-Brunswick relèvent du ministère de la Sécurité publique. La surveillance des services comme tels relève du coroner en chef, secondé à temps plein d'un coroner en chef adjoint.

Les six coroners régionaux travaillant à temps plein dans les régions de Fredericton-Woodstock, de Moncton-Miramichi, de Saint-Jean, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston relèvent du coroner en chef.

En plus des six coroners régionaux, un groupe d'employés chevronnés des services d'enquête de la Direction du contrôle de la conformité agissent à titre de coroners responsables des investigations, principalement le soir et les fins de semaine.

Fee-For-Service Coroners continue to provide additional investigative capacity and geographic coverage.

The Regional Coroners provide guidance to the Investigating Coroners and Fee-For-Service Coroners and participate in the development and delivery of training.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: (i) did not occur during or as a result of pregnancy; (ii) was not sudden and unexpected; and (iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of public safety in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to

La présence de coroners rémunérés à l'acte nous permet d'ajouter à notre capacité de mener des enquêtes et de mieux couvrir l'ensemble de la province.

Les coroners régionaux fournissent un soutien aux coroners responsables des investigations et aux coroners rémunérés à l'acte et participent à l'élaboration et à la prestation de la formation.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié *sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue : ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation du Service des coroners

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes

Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst, et Edmundston, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

The identification of a death as a "Type II" case, which needs the special consideration of a forensic pathologist, results in the utilization of the forensic service and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de « type II », nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut utiliser le service et faire transporter le cadavre à Saint John pour que soit pratiquée une autopsie.

Where circumstances warrant, specialized expertise may be provided from outside the Province on complex cases for evidentiary or identification purposes.

Lorsqu'il est nécessaire pour les cas très complexes, nous faisons appel à des experts de l'extérieur de la province afin de compléter nos capacités relatives à la preuve et à l'identification.

Purpose of Coroner's Investigation

But de l'investigation

The purpose of the coroner's investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

Le but de l'investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

The Inquest Decision

La décision de mener une enquête

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

Une des décisions les plus difficiles qui doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner

In September 2008, the *Coroners Act* was amended to require a coroner to hold an inquest when a worker dies as a result of an accident occurring in the course of his or her employment at or in a woodland operation, sawmill, lumber processing plant, food processing plant, fish processing plant, construction project site, mining plant or mine including a pit or quarry.

The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

Summary

Coroner Services investigates about 27 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 36 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande rite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil exécutif ou du coroner en chef.

En septembre 2008, la *Loi sur les coroners* a été modifiée afin de prévoir que le coroner procède à une enquête lorsqu'un travailleur décède accidentellement au cours de son emploi dans une exploitation forestière, une scierie, une usine de transformation du bois, une usine de transformation des aliments ou une usine de transformation du poisson, sur un chantier de construction, dans une installation minière ou une mine, y compris un puits d'extraction ou une carrière.

La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans de circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères concernés.

Résumé

Environ 27 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 36 pour cent des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,478 deaths in the Province of which 1,653 or 25.5% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,367 deaths in the Province of which 1,593 or 25.0% were reported to a coroner.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have, through the year, co-operated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also, gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Comments should be directed to:

The Office of the Chief Coroner
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Phone (506) 453-3604
Fax (506) 462-2038

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 478 décès dans la province dont 1 653 ou 25,5 pour cent ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 367 décès sont survenus dans la province dont 1 593 ou 25,0 pour cent nous avaient été signalés.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

Le coroner en chef invite le public à nous faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

Bureau du coroner en chef
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-3604
Télécopieur : (506) 462-2038

Statistical Summary of Investigated Deaths

The information provided in this Annual Report is presented for the calendar year 2008.

Annual Reports of the Chief Coroner were presented by calendar year from 1972 to 1992. In 1992/93, the Chief Coroner changed the reporting period to fiscal year to coincide with the implementation of a new computer system. In 2005, the Chief Coroner made the decision to revert to calendar year to coincide with statistical reporting by other Coroner and Medical Examiners across Canada. This will facilitate data sharing and comparison with other provincial and federal government agencies.

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes**.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated causing death the coroner's classification will be accidental.

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2008.

De 1972 à 1992, les rapports du coroner en chef étaient présentés par année civile. En 1992-1993, la mise en œuvre d'un nouveau système informatique a motivé la décision du coroner en chef d'adopter une période de référence correspondant à l'année financière. En 2005, la coroner en chef a décidé de revenir à l'année civile pour s'ajuster à la façon dont les autres coroners et médecins légistes du Canada présentent leurs rapports statistiques. Elle voulait également faciliter l'échange d'information et les comparaisons avec d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celui-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, accident, suicide, homicide et décès d'origine inconnue.

La catégorie des **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case, which might fall in this category, is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évident de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire 'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

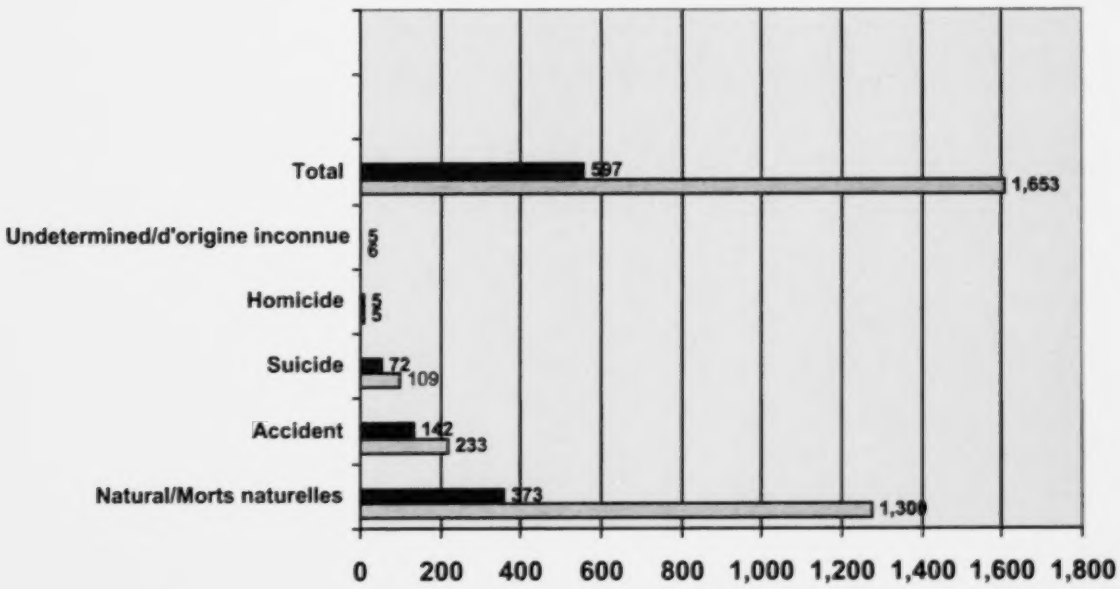
from/de 2008.01.01 to/au 2008.12.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	% of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,300	78.6	174.0	373	28.7
Accident	233	14.1	31.2	142	60.9
Suicide	109	6.6	14.6	72	66.1
Homicide	5	0.3	0.7	5	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	6	0.4	0.8	5	83.3
Total	1,653	100.0		597	

Based on a population of / sur une population de 747,147

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2008.01.01 to/au 2008.12.31



NOTE : Based upon Statistics Canada postcensal population estimates for N. B. census divisions (released February 4, 2010). Sub-county estimates are based on the 2006 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 4 février 2008). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2006 sur la proportion de population dans chaque comté.

Provincial Summary - Deaths Investigated by Classification, by Month - Schedule A-2 /
Sommaire provincial - Nombre de décès examinés par catégorie, par mois - Tableau A-2
from/de 2008.01.01 to/au 2008.12.31

Classification/ Catégorie de décès	Jan/ jan	Feb/ fev	Mar/ mars	April/ Avril	May/ mai	June/ Juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Total
Natural/Morts naturelles	115	103	123	114	95	112	109	98	95	98	109	129	1,300
Accident	25	14	17	15	12	33	22	12	25	21	21	16	233
Suicide	4	8	9	5	10	8	13	10	7	10	12	13	109
Homicide	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	0	0	5
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	6
Total	145	125	150	134	119	155	145	121	128	130	142	159	1,653

DEATHS INVESTIGATED BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 / NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3

from/de 2008.01.01 to/au 2008.12.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Natural/Morts naturelles	82	61	66	201	68	185	599	38	1,300
Accident	24	14	19	43	19	55	48	11	233
Suicide	8	5	16	9	5	31	31	4	109
Homicide	0	0	1	1	0	0	3	0	5
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0	1	0	3	0	1	1	0	6
Total / Totaux	114	81	102	257	92	272	682	53	1,653
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	6.9	4.9	6.2	15.5	5.6	16.5	41.2	3.2	100
Population	78,930	33,316	42,811	133,523	48,731	199,561	171,772	38,503	747,147
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants									
Natural/Morts naturelles	103.9	183.1	154.2	150.5	139.5	92.7	348.7	98.7	174.0
Accident	30.4	42.0	44.4	32.2	39.0	27.6	27.9	28.6	31.2
Suicide	10.1	15.0	37.4	6.7	10.3	15.5	18.0	10.4	14.6
Homicide	0.0	0.0	2.3	0.7	0.0	0.0	1.7	0.0	0.7
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0.0	3.0	0.0	2.2	0.0	0.5	0.6	0.0	0.8
Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	32	19	36	53	24	86	82	15	347
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	40.5	57.0	84.1	39.7	49.2	43.1	47.7	39.0	46.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	7 0	2 1	0 0	4 1	3 1	0 0	3 2	19	5	24	10.3	17	12.0
Campbellton	1 0	0 0	0 1	2 0	4 0	1 1	1 3	9	5	14	6.0	7	4.9
Edmundston	0 1	1 0	3 1	1 0	2 2	0 1	5 2	12	7	19	8.2	13	9.2
Fredericton	1 0	2 1	3 1	1 1	4 1	5 2	9 12	25	18	43	18.4	19	13.4
Miramichi	0 1	4 0	4 0	5 0	1 0	1 0	2 1	17	2	19	8.2	14	9.9
Moncton	3 2	6 1	7 1	8 0	9 3	3 3	2 7	38	17	55	23.6	30	21.1
Saint John	1 3	4 0	4 1	8 0	2 5	2 0	7 11	28	20	48	20.6	35	24.6
Woodstock	0 0	1 0	1 1	1 0	0 1	1 0	5 0	9	2	11	4.7	7	4.9
Males / Hommes	13	20	22	30	25	13	34	157		233	100.0	142	100.0
% Total - Males/Hommes	5.6	8.6	9.4	12.9	10.7	5.6	14.5	67.3					
Females / Femmes	7	3	6	2	13	7	38		76				
% Total - Females/ Femmes	3.0	1.3	2.6	0.9	5.6	3.0	16.3		32.7				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	23	28	32	38	20	72						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	8.6	9.9	12.0	13.7	16.3	8.6	30.9						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0 1	1 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	3	1	4	1.7	4	2.8
Drowning – Other - Marsh, Dam, etc. / Noyade – autre - marais - barrage, etc.	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	10 6	13 1	12 3	10 1	5 1	2 3	5 4	57	19	76	32.7	45	31.8
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	2 0	0 0	3 0	3 1	1 1	0 0	0 0	9	2	11	4.7	8	5.6
Crushed and/or Buried / Écrasé et/ou enterré	0 0	1 0	0 0	2 0	3 0	0 0	1 0	7	0	7	3.0	7	4.9
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	0.9	1	0.7
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Exposure to cold / Hypothermie	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	2 0	4	0	4	1.7	4	2.8
Fire – Structural / Incendie des bâtiments	0 0	0 1	0 0	1 0	1 0	3 0	1 1	6	2	8	3.4	8	5.6
Burns - Heat / Brûlures - par la chaleur	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	1	1	2	0.9	0	0.0
Fall or jump – different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	2 0	4	0	4	1.7	3	2.1
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	0 0	0 0	0 0	1 0	2 1	3 1	18 31	24	33	57	24.6	10	7.1
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.4	0	0.0
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 0	0 0	0 0	0 2	1 0	1 0	2	2	4	1.7	4	2.8
Sexual Asphyxia / Asphyxie - jeu sexuel	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Aspiration / Aspiration	0 0	0 0	0 1	0 0	0 2	2 0	1 0	3	3	6	2.6	6	4.2
Suffocation / Suffocation	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	1	1	2	0.9	1	0.7
Therapeutic Misadventure / Complication thérapeutique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	0.4	0	0.0
Carbon Monoxide Poisoning - Vehicle Exhaust / Empoisonnement au monoxide de carbonne - Gaz d'échappement d'un véhicule	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Carbon Monoxide Poisoning / Empoisonnement au monoxide de carbonne	0 0	0 0	0 0	2 0	0 1	0 0	0 0	2	1	3	1.3	3	2.1
Drug / Drogue	0 0	4 1	5 2	5 0	7 5	1 1	0 0	22	9	31	13.3	29	20.5

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Alcohol Poisoning / Intoxication par l'alcool	0 0	0 0	1 0	2 0	1 0	0 0	1 0	5	0	5	2.1	4	2.8
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Males / Hommes	13	20	22	30	25	13	34	157		233	100.0	142	100.0
Females / Femmes	7	3	6	2	13	7	38		76				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	23	28	32	38	20	72						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Construction / Chantier de construction	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	1 0	3	0	3	1.3	3	2.1
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.9	2	1.4
Logging/Tree Cutting - Commercial / Travail en forêt, coupe des arbres – but commercial	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Railway – not on board (crossing tracks) / Voie ferrée – non passager (traverser voie)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Railway Crossing - Vehicle / Passage à niveau - véhicule	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Open water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0 1	2 0	0 0	0 0	3 0	0 0	0 0	5	1	6	2.6	6	4.2
Camping/Tenting / Camping/Tenting	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Commercial Drivers - truck, taxi, school bus, etc. / Chauffeur de véhicules utilitaires - camion, taxi, autobus scolaire, etc.	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Snowmobiling - anywhere off public road (passenger) / Motoneige - n'importe ou hors d'une route publique (passager)	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	1	0.7
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Snowmobiling - on public road (driver) / Motoneige - sur route publique (conducteur)	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.9	0	0.0
ATV driver - on public road / VTT conducteur - sur une route publique	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
ATV driver – off public road / VTT conducteur - n'importe où hors route publique	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	1	4	1.7	4	2.8
ATV passenger – on public road / VTT passager – sur une route publique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.7
Dune buggy / Moto dune	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autre services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	5	5	5	10	4.4	2	1.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Emergency – NON DOA / Salle d'urgence – victime vivante à l'arrivée	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.4	0	0.0
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	0.4	0	0.0
Community Mental Health Centre / Centre de santé mental communautaire	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	0.4	1	0.7
Nursing Home / Foyers de soin	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	7 13	8	13	21	9.1	2	1.4
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 1	0 0	0 1	0 0	0 2	0	4	4	1.7	2	1.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	1 0	2 2	6 2	12 0	13 9	6 3	12 12	52	28	80	34.4	59	41.6
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.7
Urban Outdoors – public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain – lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	4 0	6	0	6	2.6	2	1.4
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 1	2	1	3	1.3	2	1.4
Public Road - driver / Route publique - conducteur	0 1	6 0	7 0	9 1	4 0	2 1	4 0	32	3	35	15.1	26	18.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road - passenger / Route publique - passager	9 3	1 1	2 2	0 0	0 1	0 2	0 3	12	12	24	10.4	13	9.2
Public Road - pedestrian / Route publique - piéton	1 2	2 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 1	5	3	8	3.4	2	1.4
Public Road - motorcycle driver / Route publique - motocycliste	0 0	3 0	3 0	1 0	1 0	0 0	0 0	8	0	8	3.4	4	2.8
Public Road – motorcycle passenger / Route publique - passager sur une motocyclette	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	0	0.0
Males / Hommes	13	20	22	30	25	13	34	157		233	100.0	142	100.0
Females / Femmes	7	3	6	2	13	7	38		76				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	23	28	32	38	20	72						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 / SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0	0	1	0	0	0	2	1	2	0	1	0	1	0	7	1	8	7.3	3	4.2
Campbellton	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	2	3	5	4.6	2	2.8
Edmundston	2	0	1	0	3	1	3	1	2	1	0	0	2	0	13	3	16	14.7	7	9.7
Fredericton	0	0	2	0	2	0	1	2	1	0	0	1	0	0	6	3	9	8.3	7	9.7
Miramichi	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	0	5	4.6	4	5.6
Moncton	3	0	4	1	2	1	7	1	6	1	2	0	3	0	27	4	31	28.4	15	20.7
Saint John	1	0	3	0	6	1	5	3	2	3	4	0	3	0	24	7	31	28.4	31	43.1
Woodstock	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1	4	3.7	3	4.2
Males / Hommes	6		13		16		19		15		9		9		87					
% Total - Males/Hommes	5.5		11.9		14.6		17.4		13.8		8.3		8.3		79.8					
Females / Femmes	1		1		4		10		5		1		0			22	109	100.0	72	100.0
% Total - Females/ Femmes	0.9		0.9		3.7		9.2		4.6		0.9		0.0			20.2				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	7		14		20		29		20		10		9							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	6.4		12.8		18.3		26.7		18.3		9.2		8.3							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hanging / Pendaison	2 0	2 0	4 2	10 4	4 0	1 0	1 0	24	6	30	27.6	18	24.9
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.9	1	1.4
Cuts from hand or power tools / Coupures faites par un outil manuel ou électrique	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Carbon Monoxide Poisoning - Vehicle Exhaust / Empoisonnement au monoxide de carbonne – gaz d'échappement d'un véhicule	0 0	1 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	2.8	2	2.8
Carbon Monoxide Poisoning / Empoisonnement au monoxide de carbonne	0 0	1 0	1 0	0 0	1 0	1 0	0 0	4	0	4	3.7	2	2.8

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Ethylene Glycol / Ethylèneglycol	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	0	0.0
Poison or solvent / Poison ou solvant	0 0	0 0	0 0	0 0	0 2	0 0	0 0	0	2	2	1.8	2	2.8
Drug / Drogue	0 1	3 0	4 1	0 4	0 3	1 0	0 0	8	9	17	15.6	16	22.1
Shooting - Unspecified / Fusillade, arme non identifiée	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	2 0	0 0	2 0	2 0	2 0	1 0	4 0	13	0	13	11.9	5	6.9
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	1 0	2 0	1 1	2 0	2 0	5 0	2 0	15	1	16	14.7	10	13.9
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	0 0	1 0	4	0	4	3.7	4	5.6
Fall or jump - different level ; eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 1	0 0	2	1	3	2.8	2	2.8

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Suffocation / Suffocation	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.9	1	1.4
Asphyxia / Ashyxie I	0 0	3 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	5	0	5	4.6	3	4.2
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	2	0	2	1.8	1	1.4
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	1 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	1.8	0	0.0
Fire - Structural / Incendie de bâtiments	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Exposure to Cold / Hypothermie	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Males / Hommes	6	13	16	19	15	9	9	87		109	100.0	72	100.0
Females / Femmes	1	1	4	10	5	1	0		22				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	7	14	20	29	20	10	9						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	1.8	2	2.8
Police Provincial Jail/Detention Centre / Prison provinciale/centre de détention	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	3 1	8 1	10 4	15 8	9 4	7 0	8 0	60	18	78	71.6	52	72.1
Rooming / Boarding House / Halfway House / Group Home / Chambre louée / maison de pension / maison de transition / foyer de groupe	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	0.9	1	1.4
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	1 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	2	1	3	2.8	2	2.8

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 0	3 0	1 0	1 0	1 1	0 0	7	1	8	7.4	6	8.3
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	2 0	1 0	1 0	1 0	2 0	1 0	0 0	8	0	8	7.4	4	5.6
Railway – not on board (crossing tracks) / Voie ferrée – non passager (traverser voie)	1 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	1.8	0	0.0
Public Road – pedestrian / Route publique - piéton	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Open Water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	2	0	2	1.8	1	1.4
Ocean / Océan	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.9	1	1.4
Males / Hommes	6	13	16	19	15	9	9	87		109	100.0	72	100.0
Females / Femmes	1	1	4	10	5	1	0		22				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	7	14	20	29	20	10	9						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Edmundston	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	20.0	1	20.0
Fredericton	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Saint John	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	60.0	3	60.0
Males / Hommes	0		0		2		1		1		0		0		4					
% Total - Males/Hommes	0.0		0.0		40.0		20.0		20.0		0.0		0.0		80.0					
Females / Femmes	0		0		0		0		1		0		0			1	5	100.0	5	100.0
% Total - Females/ Femmes	0.0		0.0		0.0		0.0		20.0		0.0		0.0			20.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0		0		2		1		2		0		0							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	0.0		0.0		40.0		20.0		40.0		0.0		0.0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Blunt Trauma, beating / Traumatisme dû à un objet contondant – acte de viol	0 0	0 0	0 0	1 0	0 1	0 0	0 0	1	1	2	40.0	2	40.0
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	20.0	1	20.0
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	20.0	1	20.0
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	20.0	1	20.0
Males / Hommes	0	0	2	1	1	0	0	4		5	100.0	5	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	1	0	0		1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	0	2	1	2	0	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 0	0 0	0 0	1 0	1 1	0 0	0 0	2	1	3	60.0	3	60.0
Public Road - Pedestrian / Route publique - piéton	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	40.0	2	40.0
Males / Hommes	0	0	2	1	1	0	0	4		5	100.0	5	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	1	0	0		1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âg	0	0	2	1	2	0	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 0	0 0	1 0	3 3	13 4	7 3	28 20	52	30	82	6.3	27	7.2
Campbellton	0 0	1 1	0 1	5 0	7 0	11 1	19 15	43	18	61	4.7	13	3.5
Edmundston	1 1	0 0	0 0	3 1	11 4	9 4	18 14	42	24	66	5.1	24	6.4
Fredericton	2 2	1 0	0 2	5 4	13 6	24 14	62 66	107	94	201	15.5	80	21.5
Miramichi	1 0	0 0	0 0	2 2	13 1	10 6	23 10	49	19	68	5.2	16	4.3
Moncton	1 0	1 1	2 0	6 3	28 5	19 11	55 53	112	73	185	14.2	52	13.9
Saint John	3 2	3 0	3 4	28 13	55 28	66 39	162 193	320	279	599	46.1	140	37.6
Woodstock	0 0	1 0	0 0	0 1	4 4	8 1	12 7	25	13	38	2.9	21	5.6
Males / Hommes	8	7	6	52	144	154	379	750					
% Total - Males/Hommes	0.6	0.5	0.5	4.0	11.1	11.8	29.2	57.7					
Females / Femmes	5	2	7	27	52	79	378		550	1,300	100.0	373	100.0
% Total - Females/ Femmes	0.4	0.2	0.5	2.1	4.0	6.0	29.1		42.3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	13	9	13	79	196	233	757						
% of Classification Total / % pour total de la	1.0	0.7	1.0	6.1	15.1	17.9	58.2						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégone
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.3
Aspiration / Aspiration	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 1	1	1	2	0.2	1	0.3
Undetermined / Facteur de décès non déterminée	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.3
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	0 0	0 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0 0	0	2	2	0.2	2	0.5
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	8 5	7 2	6 7	52 24	143 51	154 79	379 375	749	543	1,292	99.2	368	98.6
Malnutrition / Malnutrition	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 2	0	2	2	0.2	0	0.0
Males / Hommes	8	7	6	52	144	154	379	750		1,300	100.0	3731	100.0
Females / Femmes	5	2	7	27	52	79	378		550				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	13	9	13	79	196	233	757						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	1	0.3
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	1 0	1 1	0 0	1 0	3	1	4	0.3	3	0.8
Construction / Chantier de construction	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	2	0.5
Community Residence / Établissement résidentiel communautaire	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0
Unlicenced Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 4	0	4	4	0.3	1	0.3
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 1	2 2	4 1	29 68	35	72	107	8.1	7	1.9
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 0	1 0	3 3	0 3	6 18	10	24	34	2.6	7	1.9

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 – 19 M H / F	20 – 30 M H / F	31 – 40 M H / F	41 – 50 M H / F	51 – 60 M H / F	61 – 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rooming/Boarding House/Halfway Home/ Group Home / Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0 0	0 0	0 0	0 0	3 0	0 0	0 0	3	0	3	0.2	3	0.8
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	5 4	6 2	3 6	39 23	111 36	130 66	307 266	601	403	1004	77.1	307	82.2
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	1 0	0 0	3 1	0 0	1 1	5	2	7	0.5	2	0.5
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	0 0	0 0	2 0	3 0	0 0	0 0	5	0	5	0.4	4	1.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H	F / F	20 - 30 M H	F / F	31 - 40 M H	F / F	41 - 50 M H	F / F	51 - 60 M H	F / F	61 - 70 M H	F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Emergency NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0.0
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	8	0.6	4	1.1
Hospital Post Op (recovery room) / Salle de réveil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.3
Hospital – Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	3	1	0	0	1	0	1	2	1	3	9	7	21	16	36	29	65	5.0	9	2.3
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0.2	1	0.3
Community Mental Health Centre / Centre de santé mental communautaire	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Doctor's Office / Bureau du médecin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
School – Employee (Teacher, Janitor) / École – employé (professeur, concierge)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 2	0 0	0 0	0	2	2	0.2	1	0.3
Gymnasium/Health Club / Gymnastique/club de conditionnement physique	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	1 0	3	0	3	0.2	0	0.0
Federal Institution / Établissement correctionnel fédéral	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Camping/Tenting / Camping/Tenting	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	1 0	3	0	3	0.2	1	0.3
Boating - personal watercraft, jet ski, etc. / Bateau - embarcation personnelle, jet ski, etc.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Other Outdoor Recreation / Autres moyens de récréation extérieure	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	2	0	2	0.2	0	0.0
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	0 0	0 1	1 0	2 1	3 1	3 0	9	3	12	0.9	6	1.6
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiment ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	1 0	3 0	6	0	6	0.5	2	0.5
Public Road (driver) / Route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	3 0	5 0	2 0	2 1	12	1	13	1.0	7	1.9
Public Road (passenger) / Route publique (passager)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road (pedestrian) / Route publique – (iéton)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	2 0	0 0	2	1	3	0.2	3	0.8
Males / Hommes	8	7	6	52	144	154	379	750		1,300	100.0	373	100.0
Females / Femmes	5	2	7	27	52	79	378		550				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	13	9	13	79	196	233	757						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE F-1 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU F-1

rom/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Campbellton	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	16.7	1	20.0
Fredericton	0 1	0 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0 0	0	3	3	49.9	2	40.0
Moncton	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	16.7	1	20.0
Saint John	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	16.7	1	20.0
Males / Hommes	1	1	0	0	1	0	0	3					
% Total - Males/Hommes	16.7	16.7	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	50.0					
Females / Femmes	1	0	0	1	1	0	0		3	6	100.0	5	100.0
% Total - Females/ Femmes	16.7	0.0	0.0	16.7	16.7	0.0	0.0		50.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	1	0	1	2	0	0						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	33.3	16.7	0.0	16.7	33.3	0.0	0.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE F-2 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Sudden Infant Death Syndrome / Mort subite du nourrisson	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	16.7	1	20.0
Undetermined / Facteur de décès non déterminée	0 0	0 0	0 0	0 1	1 1	0 0	0 0	1	2	3	50.0	2	40.0
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	33.3	2	40.0
Males / Hommes	1	1	0	0	1	0	0	3		6	100.0	5	100.0
Females / Femmes	1	0	0	1	1	0	0		3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	1	0	1	2	0	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3

from/de 2008.01.01 / to/au 2008.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	33.3	1	20.0
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	4	66.7	4	80.0
Males / Hommes		1		1		0		0		1		0		0	3		6	100.0	5	100.0
Females / Femmes		1		0		0		1		1		0		0		3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge		2		1		0		1		2		0		0						

Schedule F

Undetermined Deaths
(Means of death impossible to determine)

There were six deaths classified as Undetermined.

Three was in the Fredericton Judicial District:

Case #1

Death Factor: Undetermined
Environment: Rural outdoors (not built up place or near residence)

Age Group: 50- 60
Sex: Female
An autopsy was performed.

Case #2

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 0- 10
Sex: Female
An autopsy was performed.

Case #3

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 40 - 50
Sex: Female
An autopsy was performed.

Tableau F

Décès d'origine inconnue
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Six décès ont été classés dans la catégorie de décès d'origine inconnue.

Trois décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Fredericton :

Premier cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)
Groupe d'âge : 50 - 60
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée

Troisième cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 40 - 50
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Undetermined Deaths (continued)
(Means of death impossible to determine)

One was in the Saint John Judicial District :

Death Factor: Undetermined
Environment: Rural outdoors (not built up place or near residence)

Age Group: 50 - 60
Sex: Male
An autopsy was performed.

One was in the Campbellton Judicial District

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 0 - 10
Sex: Malle
An autopsy was performed.

One was in the Moncton Judicial District:

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 20- 30
Sex: Male
An autopsy was performed.

Décès d'origine inconnue (suite)
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Saint-Jean :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)

Groupe d'âge : 50 - 60
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Campbellton :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété

Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Moncton :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété

Groupe d'âge : 20 - 30
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Summary of Inquests and Recommendations

Two inquests were held during the reporting period. This report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of December 2009, in response to the recommendations on inquests conducted in 2008.

Inquest No. 1 - Leona Harquail

A coroner's inquest was held from April 21-25 and April 28-30, 2008 in Campbellton, New Brunswick, into the death of Leona Harquail. This 43 year old woman was found deceased at the home of an acquaintance slumped in a chair at the kitchen table. An autopsy showed that there were high levels of acetaminophen, codeine and codeine derivatives in her system. Based on testimony from the pathologist and the toxicologist, the jury determined that the cause of death was due to codeine toxicity complicated by positional asphyxia. The manner of death was declared an accident.

The inquest focused on issues of care in regards to Ms. Harquail's abuse of alcohol and prescription drugs, access to mental health services and her multiple contacts with the RCMP.

The jury heard testimony that Ms. Harquail was an in-patient with Addiction Services no less than 17 times during her life, most recently at the Campbellton Detox Centre. Ms. Harquail was admitted to the centre on January 11, 2005 in a "light" intoxicated state advising that she wished "to sober up". During her stay, Ms. Harquail attended the required educational and group therapy sessions as well as participated in individual counselling. As Ms. Harquail was due to leave the centre on Monday, January 17th, an individual session with the centre's social worker was held on Friday, January 14th, and a "Treatment Plan on Departure" was completed. Ms. Harquail indicated

Résumé des enquêtes et des recommandations

Deux enquêtes ont été tenues au cours de la période couverte par ce rapport. On y trouve les réponses reçues par le Bureau du coroner décembre 2009 relativement aux recommandations effectuées lors des enquêtes menées au cours de année 2007.

Première enquête – Leona Harquail

Une enquête du coroner a eu lieu du 21 au 25 et du 28 au 30 avril 2008 à Campbellton, au Nouveau-Brunswick, relativement au décès de Mme Leona Harquail. La femme de 43 ans a été retrouvée sans vie à la résidence d'une connaissance, affaissée sur une chaise à la table de la cuisine. Une autopsie a révélé la présence dans son organisme de concentrations élevées d'acétaminophène, de codéine et de dérivés de codéine. En se fondant sur les témoignages du pathologiste et du toxicologue, le jury a déterminé que la cause du décès était attribuable à la toxicité de la codéine compliquée par une asphyxie positionnelle. La cause du décès a été déclarée comme étant accidentelle.

L'enquête a essentiellement porté sur les questions de soins relatifs à la consommation abusive d'alcool et de médicaments d'ordonnance de Mme Harquail, de son accès aux services de santé mentale et de ses multiples contacts avec la GRC.

Le jury a entendu des témoignages selon lesquels Mme Harquail a été hospitalisée au moins 17 fois au cours de sa vie auprès des Services de toxicomanie, plus récemment au Centre de désintoxication de Campbellton. Mme Harquail a été admise au centre le 11 janvier 2005 dans un état de « légère » intoxication après avoir exprimé qu'elle souhaitait se « désenivrer ». Pendant son séjour, Mme Harquail a participé aux séances éducatives et de thérapie de groupe requises ainsi qu'à du counseling individuel. Étant donné que Mme Harquail devait quitter le centre le lundi 17 janvier, une séance individuelle avec le travailleur social du centre a eu lieu le vendredi 14 janvier et un « plan de traitement au

that she would contact the Mental Health Clinic to set up an appointment, that she was interested in out-patient counselling (addictions) and that she would contact her AA sponsor and attend sessions.

Ms. Harquail decided to sign herself out of the centre on Sunday, January 16th, at 09:40 despite the intervention of centre staff. Ms. Harquail appeared to be suffering from a cold and indicated that she planned on making an appointment to see a doctor.

On December 31, 2004, while responding to an unrelated complaint, the RCMP discovered Ms. Harquail on the premises which she indicated she did not reside and was ordered to leave by an RCMP member. Later that same day, the RCMP was dispatched to the same address where Ms. Harquail, intoxicated, punched out a window in the door to the residence. Ms. Harquail was arrested, taken to the hospital for stitches to her injured hand and taken to the RCMP where she was cautioned, spoke to duty council and housed in cells where she spent the night. On the morning of January 1, 2005, Ms. Harquail was released with an undertaking to a peace officer to not go to this residence, keep the peace and abstain from alcohol and/or drugs.

On January 6, 2005, RCMP were called to Highway 11 in the Atholville area where Ms. Harquail had been found laying in the west bound lane by passers-by who called 911 and provided shelter for Ms. Harquail in their vehicle. Ms. Harquail refused medical treatment indicating she was not hurt but just cold and was subsequently arrested for creating a disturbance. Ms. Harquail was again taken to the RCMP detachment where she conferred with duty-counsel. Ms. Harquail was subsequently released

départ » dressé. Mme Harquail a indiqué qu'elle communiquerait avec la clinique de santé mentale pour fixer un rendez-vous, qu'elle souhaitait être suivie en consultation externe (toxicomanie) et qu'elle communiquerait avec son parrain des AA et assisterait aux séances.

Mme Harquail a décidé de quitter le centre le dimanche 16 janvier à 9 h 40 malgré les interventions du personnel. Mme Harquail semblait indisposée par un rhume et a indiqué qu'elle avait l'intention de prendre rendez-vous avec un médecin.

Le 31 décembre 2004, alors que la GRC répondait à une plainte qui n'avait rien à voir avec elle, Mme Harquail a été trouvée sur les lieux, qu'elle a dit ne pas résider, et un agent de la GRC lui a ordonné de partir. Plus tard le même jour, la GRC a été dépêchée à la même adresse où Mme Harquail, intoxiquée, a fracassé d'un coup de poing la fenêtre de la porte de la résidence. Mme Harquail a été arrêtée, emmenée à l'hôpital pour y recevoir des points de suture, puis conduite à la GRC où elle a été mise en garde. Après avoir parlé à un avocat de service, elle a été placée en cellule pour y passer la nuit. Le matin du 1er janvier 2005, Mme Harquail a été libérée avec une promesse à un agent de la paix de ne pas se rendre à cette résidence, de ne pas troubler l'ordre public et de s'abstenir de consommer de l'alcool ou des drogues.

Le 6 janvier 2005, des membres de la GRC ont été dépêchés sur l'autoroute 11 près d'Atholville où Mme Harquail avait été retrouvée étendue sur la voie direction ouest par des passants qui ont appelé le 911 et offert refuge à Mme Harquail dans leur véhicule. Mme Harquail a alors refusé tout traitement médical indiquant qu'elle n'était pas blessée, mais qu'elle avait simplement froid. Elle a plus tard été arrêtée pour avoir troublé l'ordre public. Mme Harquail a de nouveau été conduite au

Inquest No. 1 – Leona Harquail continued

from custody with an undertaking to a judge to appear before him in February and to keep the peace and abstain from alcohol and/or drugs.

At some point within the month prior to Ms. Harquail's death, the RCMP were requested to locate the female by a family member. Testimony showed that the female was subsequently located, appeared to be safe and well and that attempts were made to advise the family member of her status. The jury also heard that privacy laws prohibited the RCMP from relaying more information such as the location of the female.

The inquest also heard testimony that family members wanted Ms. Harquail to be involuntarily admitted for a psychiatric evaluation under the *Mental Health Act* (commonly referred to as a "Form 1") and in fact testified that they had requested the RCMP to do so. Testimony was offered by several witnesses that on the various occasions this female was seen by emergency room physicians, her various family physicians and by staff at the Addictions Centre that at no time did anyone feel she met the criteria for being involuntarily admitted for a psychiatric assessment.

Issues that emerged from this inquest examined the legislation surrounding the *Mental Health Act*, addiction treatment and services, concurrent disorders, the availability of health records from site to site within the health care continuum, the use and abuse of prescription medication and the role of the police in the welfare of those suffering from addictions and/or mental illness.

Première enquête – Leona Harquail (suite)

détachement de la GRC où elle s'est entretenue avec un avocat de service. M^me^ Harquail a subséquemment été remise en liberté sur une promesse à un juge l'obligeant à comparaître devant un tribunal en février, de ne pas troubler l'ordre public et de s'abstenir de consommer de l'alcool ou des drogues.

À un moment donné durant le mois précédant le décès de M^me^ Harquail, un membre de la famille a demandé à la GRC de la repérer. Des témoignages ont révélé qu'elle a été subséquemment repérée, qu'elle semblait bien et en sécurité, et que des tentatives avaient été faites pour en informer le membre de la famille. Le jury a également entendu que les lois en matière de confidentialité interdisaient à la GRC de transmettre des renseignements supplémentaires au sujet du lieu où se trouvait M^me^ Harquail.

L'enquête a également révélé des témoignages selon lesquels des membres de la famille de M^me^ Harquail voulaient qu'elle soit admise, contre son gré, pour une évaluation psychiatrique aux termes de la *Loi sur la santé mentale* (communément appelée la « Formule 1 ») et ont de fait déclaré en avoir fait la demande à la GRC. À l'occasion des nombreuses fois où M^me^ Harquail a été vue par des médecins en salle d'urgence, divers médecins de famille et le personnel du centre de toxicomanie, de nombreux témoins ont affirmé qu'en aucun temps elle ne répondait aux critères pour être admise contre son gré en vue de subir une évaluation psychiatrique.

Les questions qui sont ressorties de cette enquête ont porté sur les dispositions législatives concernant la *Loi sur la santé mentale*, les services et les traitements en matière de toxicomanie, les troubles concomitants, la disponibilité du dossier médical d'un endroit à l'autre dans le continuum des soins de santé, l'utilisation et la consommation abusive de médicaments d'ordonnance et le rôle du service de police relatif au bien-être des personnes souffrant de problèmes de toxicomanie ou de santé mentale.

Inquest No. 1 – Leona Harquail continued

The jury made the following recommendations:

1. We strongly encourage the Government to go ahead with the One Patient – One Record program plus the Prescription Monitoring Program.

2. Upon voluntary discharge from Detox, once the initial withdrawal phase has been completed, appropriate follow-up should be arranged. Also, that a person who came from a poor environment, should not be returned there but released to a healthier place (a "halfway house" of sorts). There should be some control by the social assistance system to enable the person to have a permanent residence.

3. If a person is habitually picked up for the same problem, police should notify the local Detox Center and family, if possible, and if this is not possible, he/she should be taken to the regional hospital and seen by a doctor rather than just housed in cells.

4. The police should be advised of all the services available in a community, such as Family & Social Services; and in a case such as this, where the deceased was an aboriginal, any services provided by First Nations.

5. The Campbellton city detachment personnel of the RCMP should have a longer stay in the community than three years.

6. The provincial government should launch an educational program asking people not to abuse the Medicare system, otherwise, it will collapse.

Première enquête – Leona Harquail (suite)

Le jury a formulé les recommandations suivantes :

1. Nous encourageons fortement le gouvernement à aller de l'avant avec le programme *Un patient un dossier* ainsi que le programme de surveillance pharmaceutique.

2. À la suite du congé volontaire d'un centre de désintoxication, une fois la phase préliminaire de sevrage terminée, un suivi approprié devrait être assuré. En outre, une personne provenant d'un milieu défavorisé ne devrait pas y retourner, mais être plutôt dirigée vers un lieu plus sain (une sorte de « maison de transition »). Le système d'assistance sociale devrait assurer dans une certaine mesure un lieu de vie permanent pour la personne.

3. Si une personne est régulièrement arrêtée pour les mêmes motifs, le service de police devrait en informer le centre local de désintoxication et la famille, si possible, et si cela n'est pas envisageable, elle devrait être conduite dans un hôpital régional et vue par un médecin plutôt que d'être logée dans une cellule.

4. Le service de police devrait être informé de tous les services offerts au sein de la collectivité, tels que les services familiaux et sociaux, et, dans les cas comme celui-ci où la personne décédée est autochtone, tout service offert par les Premières nations.

5. Le personnel du détachement de la GRC de la ville de Campbellton devrait demeurer au sein de la communauté pour une période d'une durée supérieure à trois ans.

6. L'administration provinciale devrait lancer un programme éducatif pour demander aux gens de ne pas utiliser à outrance le régime d'assurance-maladie au risque de le voir s'effondrer.

Inquest No. 1 – Leona Harquail continued

7. When a doctor writes a prescription for the opiate family, there should be a shorter supply term – 14 day period is recommended.

8. In a case involving aboriginals, the whole native support system should be activated as soon as possible.

9. If a person who is a repeat offender of alcohol and drugs is picked up, authorities should not hesitate to use a Form 1; having the patient evaluated by a psychiatrist until he/she is ready to go back into the community.

The recommendations were sent to the Minister of Health, the RCMP and the College of Physicians & Surgeons of New Brunswick.

Recommendation #1

We strongly encourage the Government to go ahead with the One Patient – One Record program plus the Prescription Monitoring Program.

The College of Physicians and Surgeons of New Brunswick advised that there is an expectation that there will be a functioning Prescription Monitoring Plan in New Brunswick within the next several months. The major purpose of this initiative is to identify cases at risk. Similarly, it will provide some sense about how these prescriptions are being handled, both by physicians and pharmacists. The College of Physicians and Surgeons of New Brunswick have continuously accepted the fact that any prescription which is taken improperly, whether for purposes of abuse or self destruction, or which is

Première enquête – Leona Harquail (suite)

7. Lorsqu'un médecin rédige une ordonnance pour un médicament de la famille des opiacés, celui-ci devrait être délivré pendant une plus courte période. On recommande une période de 14 jours.

8. Dans les cas concernant les Autochtones, l'ensemble du réseau de soutien des communautés autochtones devrait être activé dès que possible.

9. Si des récidivistes en matière d'alcool et de drogues sont arrêtés, les autorités ne devraient pas hésiter à utiliser la Formule 1 afin de leur faire subir une évaluation psychiatrique jusqu'à ce qu'ils soient prêts à réintégrer la collectivité.

Les recommandations ont été envoyées au ministre de la Santé, à la GRC et au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

Recommandation n° 1

Nous encourageons fortement le gouvernement à aller de l'avant avec le programme *Un patient un dossier* ainsi que le programme de surveillance pharmaceutique.

Selon le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, il est prévu qu'un régime de surveillance pharmaceutique soit mis en œuvre au Nouveau-Brunswick d'ici quelques mois. Cette initiative vise principalement à repérer les cas à risque plus élevé. De même, ce régime permettra de donner un aperçu de la façon dont les médecins et les pharmaciens gèrent les ordonnances. Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a toujours reconnu le fait que toute ordonnance délivrée à l'origine par un médecin peut être consommée inadéquatement, que ce soit de façon

redirected or abused by others, always began as a prescription issued by a physician. To that end, the College has to accept complete responsibility for the oversight of that aspect. When they have had situations which have suggested that the physician is not capable of providing such a service in a safe manner, they have encouraged and sometimes forced, the physician to restrict their prescribing authority.

Recommendation #2

Upon voluntary discharge from Detox, once the initial withdrawal phase has been completed, appropriate follow-up should be arranged. Also, that a person who came from a poor environment, should not be returned there but released to a healthier place (a "halfway house" of sorts). There should be some control by the social assistance system to enable the person to have a permanent residence.

The Minister advised that the Regional Health Authority A reviewed the recommendation and provided the following response:

"We agree that arrangements for housing in some sort of transition house would be appropriate and complementary. However, the reality we are currently faced with is that no such establishment exists in our region and, as a result, it is clear that clients who return to a former environment could present an elevated risk for relapse.

abusive ou autodestructive, ou être détournée ou consommée abusivement par d'autres personnes. Ainsi, le Collège doit assumer l'entière responsabilité de cette fonction. Par le passé, le Collège, en réaction à certaines situations laissant croire que des médecins étaient incapables de délivrer des ordonnances de façon sécuritaire, a dû inciter et parfois même forcer ces médecins à restreindre leur pouvoir de prescrire des médicaments.

Recommandation n° 2

À la suite du congé volontaire d'un centre de désintoxication, une fois la phase préliminaire de sevrage terminée, un suivi approprié devrait être assuré. En outre, une personne provenant d'un milieu défavorisé ne devrait pas y retourner, mais être plutôt dirigée vers un lieu plus sain (une sorte de « maison de transition »). Le système d'assistance sociale devrait assurer dans une certaine mesure un lieu de vie permanent pour la personne.

La Ministre a avisé qu'après avoir étudié la recommandation, la Régie régionale de la santé A a fourni la réponse suivante :

"Nous sommes d'accord que des arrangements pour le logement comme une maison de transition seraient appropriés et complémentaires. Cependant, le réalité actuelle à laquelle nous sommes confrontés fait qu'un établissement de cette nature n'existe pas dans la région et, de ce fait, il est évident que les clients qui retournent dans un environnement antérieur peuvent présenter un risqué élevé de rechute.

Inquest No. 1 – Leona Harquail continued

We are, of course, concerned about the housing conditions of our clients and we analyze them in the context of our planning and treatment efforts. Using the information collected during the assessment process, it is the role of the clinician to facilitate, within the framework of planning and treatment activities, a match between the client and the most appropriate service(s), which includeshousing and the environment. Some clients do not have the means to pay for adequate housing and they are not eligible for assistance because they have no fixed address. While this certainly concerns us, there are certain factors and obstacles that go beyond the scope of Addiction Services.

It should be noted, however, that clients are discharged from the Detox Centre only after we are convinced that that the treatment plan is totally complete and after we have tried to explore all possibilities and covered all of the problems. We then contact the clients 2 days after their discharge and again 30 days after their discharge to go over, and possibly revise, the treatment plans. These efforts have proved beneficial, as clients are re-engaged and their risk of relapse thereby reduced.

It is important that we remain mindful of the legalities when it comes to protecting personal information and the individual. Addiction Services is a voluntary service, and we respect the client's right to make decisions."

Première enquête – Leona Harquail (suite)

Bien entendu, les conditions de logement des clients nous préoccupent et nous les analysons dans le cadre de nos efforts de planification du traitement. Par l'entremise des renseignements recueillis durant le processus d'évaluation, c'est le rôle du clinicien de faciliter, dans le cadre de la planification du traitement, un jumelage entre le client et le(s) service(s) le plus approprié qui comprendrait le logement et l'environnement. Certains clients n'ont pas les moyens de payer un logement adéquat et ne sont pas admissibles à recevoir de l'aide parce qu'ils n'ont pas de domicile fixe. Même se ceci nous préoccupe, il existe des facteurs et des obstacles qui dépassent la portée des services de traitement des dépendances.

Toutefois, il est à noter que les clients reçoivent seulement leur congé du Centre de désintoxication lorsque nous sommes convaincus que le plan de traitement est entièrement complet et que nous avons tenté d'explorer toutes les possibilités et abordé tous le problèmes. Nous communiquons par la suite avec les clients 2 jours après leur congé et à nouveau 30 jours après leur congé pour examiner les plans de traitement et possiblement les réviser. Ces efforts se sont avérés bénéfiques, car des clients se sont réengagés et leur risque de rechute en a ainsi été réduit.

Il est important que nous demeurions attentifs aux légalités en matière de droits de la protection des renseignements personnels et de la personne. Le service de traitement des dépendances est un service volontaire et nous respectons les droits des clients à prendre des décisions."

Inquest No. 1 – Leona Harquail continued

Recommendation #3

If a person is habitually picked up for the same problem, police should notify the local Detox Center and family, if possible, and if this is not possible, he/she should be taken to the regional hospital and seen by a doctor rather than just housed in cells.

The RCMP advised that they are aware of all services available to the afflicted. These services, often the center for addictions or the hospital, are, in many cases, contacted or attended by the police have no control over the manner and number of abusers who will be accommodated. Those who do end up at the center cannot be forced to stay for treatment and there is often no commitment to better themselves. As well, since not all persons are willing to share their habits and location with their families, relatives can only be notified by the RCMP with as much information as privacy protocols will allow.

Recommendation #4

The police should be advised of all the services available in a community, such as Family & Social Services; and in a case such as this, where the deceased was an aboriginal, any services provided by First Nations.

The RCMP advised that they are aware of all services available to the afflicted. These services, often the center for additions or the hospital, are, in many cases, contacted or attended but the police have no control over the manner and number of abusers who will be accommodated. Those who do end up at the center cannot be forced to stay for

Première enquête – Leona Harquail (suite)

Recommandation n° 3

Si une personne est régulièrement arrêtée pour les mêmes motifs, le service de police devrait en informer le centre local de désintoxication et la famille, si possible, et si cela n'est pas envisageable, elle devrait être conduite dans un hôpital régional et vue par un médecin plutôt que d'être logée dans une cellule.

La GRC a indiqué être est au courant de tous les services pouvant être offerts aux toxicomanes. La GRC fait souvent appel aux fournisseurs de services, comme les centres de traitement des dépendances et les hôpitaux, mais elle ne régit pas le nombre de toxicomanes qui peuvent recevoir des services, ni la façon qu'ils seront fournis. Il est impossible de forcer les personnes qui aboutissent au centre de traitement d'y demeurer et, souvent, elles ne s'engagent pas à améliorer leur sort. De plus, étant donné que certaines personnes ne sont pas prêtes à divulguer leurs habitudes et leur lieu de résidence à leur famille, la GRC doit respecter les dispositions relatives à la confidentialité dans leur communication avec les familles.

Recommandation n° 4

Le service de police devrait être informé de tous les services offerts au sein de la collectivité, tels que les services familiaux et sociaux, et, dans les cas comme celui-ci où la personne décédée est autochtone, tout service offert par les Premières nations.

La GRC a indiqué être est au courant de tous les services pouvant être offerts aux toxicomanes. La GRC fait souvent appel aux fournisseurs de services, comme les centres de traitement des dépendances et les hôpitaux, mais elle ne régit pas le nombre de toxicomanes qui peuvent recevoir des services, ni la façon qu'ils seront fournis. Il est

treatment and there is often no commitment to better themselves. As well, since not all persons are willing to share their habits and location with their families, relatives can only be notified by the RCMP with as much information as privacy protocols will allow.

Recommendation #5

The Campbellton City Detachment personnel of the RCMP should have a longer stay in the community than three years.

The RCMP advised that there are no hard and fast rules to govern the posting of personnel who, in a national police force, are eligible to apply for location changes for promotion, compassionate reasons and career enhancements. Personnel can only attempt to learn as much as possible about the habits of frequently encountered individuals during the duration of their posting.

Recommendation #6

The provincial government should launch an educational program asking people not to abuse the Medicare system, otherwise, it will collapse.

We have received no responses to this recommendation.

impossible de forcer les personnes qui aboutissent au centre de traitement d'y demeurer et, souvent, elles ne s'engagent pas à améliorer leur sort. De plus, étant donné que certaines personnes ne sont pas prêtes à divulguer leurs habitudes et leur lieu de résidence à leur famille, la GRC doit respecter les dispositions relatives à la confidentialité dans leur communication avec les familles.

Recommandation n° 5

Le personnel du détachement de la GRC de la ville de Campbellton devrait demeurer au sein de la communauté pour une période d'une durée supérieure à trois ans.

La GRC a indiqué qu'il n'existe aucune règle fixe régissant l'affectation de membres d'un service de police national qui sont admissibles à demander une mutation, que ce soit pour obtenir une promotion, pour faire avancer leur carrière ou pour des raisons personnelles. Les membres d'un service peuvent seulement tenter d'en apprendre le plus possible sur les habitudes des personnes avec lesquelles ils ont des contacts fréquents pendant la durée de leur affectation.

Recommandation n° 6

L'administration provinciale devrait lancer un programme éducatif pour demander aux gens de ne pas utiliser à outrance le régime d'assurance-maladie au risque de le voir s'effondrer.

Nous n'avons reçu aucune réponse à l'égard de cette recommandation.

Inquest No. 1 – Leona Harquail continued

Recommendation #7

When a doctor writes a prescription for the opiate family, there should be a shorter supply term – 14 day period is recommended.

The College of Physicians and Surgeons of New Brunswick advised that they largely follow the standards they have enforced on physicians over a number of years. They have set standards for how often patients should be seen if they are being prescribed narcotics for chronic pain. They have also encouraged physicians to carefully assess the risk of inappropriate use and to order that the prescription be filled in a manner which minimizes the risk so far as possible.

The Minister advised that the Regional Health Authority A reviewed the recommendation and provided the following response:

"This recommendation was forwarded to the R.H.A Medical Advisory Committee. The subject was discussed during a meeting, and the Medical Advisory Committee supports this recommendation. The Committee sees the importance of limiting the quantity of narcotics offered to a patient, especially if he or she has a history of psychiatric disorders, is taking multiple medications, or has a history of dependency problems. The Committee asked the vice-president of Medical Services to share this recommendation with the members of medical departments and services."

Première enquête – Leona Harquail (suite)

Recommandation n° 7

Lorsqu'un médecin rédige une ordonnance pour un médicament de la famille des opiacés, celui-ci devrait être délivré pendant une plus courte période. On recommande une période de 14 jours.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick précise qu'il surveille de façon générale le respect des normes qu'il a imposées aux médecins au fil des ans. Il a notamment établi des normes déterminant à quel intervalle les patients qui se font prescrire des narcotiques pour soulager des douleurs chroniques devraient être vus. Le Collège a également invité les médecins à évaluer attentivement le risque de consommation inadéquate et à demander aux pharmaciens de remplir l'ordonnance de sorte à minimiser le plus possible les risques de consommation inadéquate.

Le Ministre fait savoir que la Régie régionale de la santé A a étudié la recommandation et formule la réponse suivante :

"Cette recommandation a été acheminée au Comité médical Consultatif de la régie. Le sujet a été discuté lors d'une réunion et la Comité Médical Consultatif supporte cette recommandation. Le comité voit l'importance de limiter la quantité de narcotique offerte a un patient, particulièrement s'il est connu pour des troubles psychiatriques, s'il est poly médicamenté ou s'il est connu pour des troubles de dépendance. Le comité a demandé au vice-président des services médicaux de partager cette recommandation avec les membres de services et des départements médicaux."

Inquest No. 1 – Leona Harquail continued

Recommendation #8

In a case involving aboriginals, the whole native support system should be activated as soon as possible.

The Minister advised that the Regional Health Authority A reviewed the recommendation and provided the following response:

"The vice-president of Primary Health Care and his team of directors are currently identifying resource persons/liaisons in Regional Health Authority A for each First Nations community. They are also developing on-site committees to ensure that they have access to adequate health services at neighbouring hospitals, community health centres, and clinics. This case will be shared with the facility directors at the meeting on October 1, 2009."

Recommendation #9

If a person who is a repeat offender of alcohol and drugs is picked up, authorities should not hesitate to use a Form 1; having the patient evaluated by a psychiatrist until he/she is ready to go back into the community.

The RCMP advised that perhaps the "authorities" referred to in this recommendation were not meant to be police but physicians, addiction centre personnel or hospital staff. Nevertheless, the police enjoy no more authority than a physician or family member in attempting to have a person admitted involuntarily to a facility for assessment. In fact,

Première enquête – Leona Harquail (suite)

Recommandation n°8

Dans les cas concernant les Autochtones, l'ensemble du réseau de soutien des communautés autochtones devrait être activé dès que possible.

Le Ministre fait savoir que la Régie régionale de la santé A a étudié la recommandation et formule la réponse suivante :

"La vice-présidente des soins de santé primaires et son équipe de directrices sont dans le processus d'identifier des personnes ressources liaisons de la régie régionale de la santé A pour chaque communauté autochtone. De plus, ils développent des comités sur place afin d'assurer qu'ils ont accès aux services de santé adéquats provenant des cliniques, centres de santé communautaires et hôpitaux environnants. Ce cas sera partagé avec les directrices d'établissement à la réunion du 1cr octobre, 2009."

Recommandation n° 9

Si des récidivistes en matière d'alcool et de drogues sont arrêtés, les autorités ne devraient pas hésiter à utiliser la Formule 1 afin de leur faire subir une évaluation psychiatrique jusqu'à ce qu'ils soient prêts à réintégrer la collectivité.

La GRC a souligné que les « autorités » visées par cette recommandation n'étaient peut-être pas les services de police, mais plutôt les médecins et le personnel des centres de traitement des dépendances ou des hôpitaux. Quoi qu'il en soit, les policiers ne jouissent pas de plus d'autorité qu'un médecin ou qu'un membre de la famille pour ce qui est de l'admission involontaire d'une personne à un

Inquest No. 1 – Leona Harquail continued

the police experience is that a facility does not accept an individual for assessment until the person is in a sober state, at which time the police would likely not be involved with the individual.

The Minister advised that the Regional Health Authority A reviewed the recommendation and provided the following response:

"According to the Mental Health Act, the examination certificate (Form 1) is for a physician who examines a person and is of the opinion that the person may be suffering from a mental disorder of a nature or degree so as to require hospitalization in the interests of the person's own safety or the safety of others.

This Act applies to persons with mental disorders, not to those with dependency problems. Moreover, the fact remains that Form 1 must be signed by a physician. We must avoid situations in which police officers who apprehend persons abusing alcohol or drugs get into the habit of taking those individuals to the hospital and having them admitted in Psychiatry. Instead, such individuals should be admitted into addiction treatment centres.

It was recommended that physicians be sent a notice concerning addiction treatment and the admission process."

Première enquête – Leona Harquail (suite)

établissement aux fins d'évaluation. En fait, selon l'expérience des services de police, un établissement admettra seulement une personne pour une évaluation si elle n'est pas sous l'influence de drogues ou d'alcool, soit à un moment où il est peu probable que la GRC est en contact avec elle.

Le Ministre fait savoir que la Régie régionale de la santé A a étudié la recommandation et formule la réponse suivante :

"Selon la loi sur la santé mentale, le certificat d'examen (Formulaire 1) s'adresse au médecin qui a examiné une personne et qui est d'avis que cette personne peut être atteinte d'un trouble mental dont la nature ou le degré de gravité sont tels qu'ils rendent nécessaire l'hospitalisation dans l'intérêt de sa propre sécurité ou de la sécurité d'autrui.

Cette loi s'applique aux personnes avec des troubles mentaux et non aux personnes avec des troubles de dépendances. De plus il n'en demeure pas moins que le formulaire 1 doit être signé par un médecin. Il faudrait éviter que les policiers, qui appréhendent les personnes qui abusent de l'alcool ou des drogues, prennent l'habitude d'amener ces personnes à l'hôpital et de les faire admettre en psychiatrie. Ces personnes devraient être admises plutôt dans les centres de traitement des dépendances.

Il est recommandé d'acheminer aux médecins une communication concernant le traitement des dépendances et le processus d'admission."

Other Cases of Interest

The following cases were investigated and concluded with a decision that no public inquest would be held. However, recommendations for change were identified in each instance.

Case #1

A 12 year old female died of multiple injuries as a result of a motor vehicle upset. The vehicle in which she was a passenger lost control and left the road. The deceased was not wearing a seat belt and as a result was ejected from the vehicle. The weather at the time of the upset was rain with accumulation present on the roadway.

The investigating coroner made a recommendation that there be increased public awareness with respect to wearing a seat belt.

The recommendation was forwarded for consideration by the Department of Public Safety.

The Minister of Public Safety advised that New Brunswick supports *Road Safety Vision 2010* which is a national plan to make Canada's roads the safest in the world by 2010. As a partner in this plan, the Department developed an integrated highway safety campaign to bring together legislation, enforcement and awareness. The Government introduced several pieces of legislation aimed at reducing impaired driving, increasing seatbelt use, reducing speeding in school and construction zones and strengthening the Graduated Licence Program. The Department and the RCMP, the provincial police force formed a joint Highway Safety Steering Committee and the Association of New Brunswick Chiefs of Police focuses on highway safety through its Highway

Autres cas dignes d'intéret

Les cas suivants ont fait l'objet d'une évaluation après laquelle on a conclu qu'une enquête du coroner n'était pas nécassaire. Des recommendations ont toutefois été formulées pour chacun de ces cas.

Cas n° 1

Une fille de 12 ans est décédée des suites de traumatismes multiples attribuables au renversement d'un véhicule à moteur. Le véhicule dans lequel elle était assise a quitté la route après que le conducteur en a perdu la maîtrise. La victime, qui ne portait pas sa ceinture de sécurité, a par conséquent été éjectée du véhicule. Au moment de la perte de contrôle du véhicule, le temps était pluvieux et il y avait une certaine accumulation d'eau sur la chaussée.

Le coroner chargé de l'enquête a recommandé que l'on sensibilise davantage le public au port de la ceinture de sécurité.

La recommendation a été transmise au ministère de la Sécurité publique.

Le ministre de la Sécurité publique rappelle l'adhésion du Nouveau-Brunswick au programme *Vision sécurité routière 2010*, un plan national visant à doter le pays des routes les plus sûres au monde d'ici 2010. À titre de partenaire de cette initiative, le ministère de la Sécurité publique a mis en place une campagne de sécurité routière coordonnée afin de concilier les mesures législatives, l'application de la loi et les efforts de sensibilisation. Le gouvernement a déposé plusieurs mesures législatives visant à réduire les cas de conduite en état d'ébriété, à accroître le port de la ceinture de sécurité, à réduire les excès de vitesse dans les zones scolaires et les zones de travaux routiers, ainsi qu'à renforcer le Programme de

Other Cases of Interest continued

Safety Committee. On the public awareness side, the Department, in partnership with Communications New Brunswick, developed a three year highway safety awareness strategy to support and encourage enforcement efforts, partner and community participation and private sector support. Phase 1, a social marketing campaign aimed at reducing drinking and driving, was launched in December 2008 to coincide with National Road Safety Week and the RCMP, Regional and Municipal Police Force's holiday highway safety blitzes. Phase 2 of the campaign is now in development and, based on research, the Department will address the use of seatbelts through community focused initiatives. In addition, in 2008, an awareness campaign related to the use of child booster seats was undertaken.

Case #2

A 29 year old male died on January 26, 2008 as a consequence of massive blunt force injury to his head and torso secondary to a train/motor vehicle collision.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

permis de conduire progressif. Le ministère de la Sécurité publique et la GRC, le service de police provincial, ont uni leurs forces pour former un comité directeur mixte de la sécurité routière, tandis que l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick a mis sur pied son propre Comité de la sécurité routière à cet égard. En ce qui concerne la sensibilisation du public, le Ministère, en partenariat avec Communications Nouveau-Brunswick, a mis sur pied une campagne triennale de sensibilisation à la sécurité routière pour appuyer et favoriser les efforts d'application des lois, la participation des partenaires et des collectivités, ainsi que la contribution du secteur privé. La première partie de cette initiative, une campagne de marketing social qui a pour but de réduire les cas de conduite avec facultés affaiblies, a été lancée en décembre 2008, en même temps que la Semaine nationale de la sécurité routière et les campagnes éclair de la GRC et des services de police régionaux et municipaux portant sur la sécurité routière pendant le temps des Fêtes. La deuxième partie de la campagne est présentement à l'étape de l'élaboration. Selon les résultats des recherches, le Ministère fera la promotion du port de la ceinture de sécurité grâce à des initiatives ciblées sur la collectivité. De plus, une campagne de sensibilisation sur l'utilisation des sièges d'appoint pour enfants a été lancée en 2008.

Cas n° 2

Cet homme de 29 ans est décédé le 26 janvier 2008 des suites d'un traumatisme contondant massif à la tête et au torse attribuable à une collision entre un train et un véhicule à moteur.

Other Cases of Interest continued

The collision occurred when the motor vehicle driven by the deceased, while crossing the railway tracks at a signalled and posted crossing, stopped in the middle of the tracks for reasons that were unable to be identified. The train, travelling at approximately 110 km/h signalled its approach several times but was unable to stop despite emergency braking. The deceased was familiar with the area, having traveled there often to visit relatives.

The coroner ruled the death an accident and made the following recommendation:

> that a publicity campaign (similar to that involved with the night driving dangers of moose), be launched on an annual basis to remind motorists and the public of the dangers involved when living around and crossing railway tracks.

The recommendation was forwarded for consideration by the Department of Transportation.

The Minister advises that the Department of Transportation is involved in ongoing efforts to promote rail safety in the Province of New Brunswick. The Department employs a Rail Safety Officer who is active both at the provincial and national level with the Operation Lifesaver program.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La collision est survenue quand le véhicule à moteur conduit par la personne décédée s'est arrêté au milieu de la voie ferrée pour des raisons encore inconnues en traversant un passage à niveau annoncé. Le conducteur du train, qui s'approchait à une vitesse d'environ 110 km/h, a sifflé plusieurs fois afin de signaler son passage imminent, mais il a été incapable d'arrêter à temps malgré l'application des freins d'urgence. La personne décédée connaissait bien la région, puisqu'elle s'y était rendue à de nombreuses reprises pour visiter des membres de sa famille.

Le coroner a conclu qu'il s'agissait d'un accident et a formulé la recommandation suivante :

> qu'une campagne publicitaire, semblable à celle évoquant les dangers liés aux orignaux lors de la conduite la nuit, soit lancée annuellement afin de rappeler aux automobilistes et aux citoyens d'être très prudents s'ils habitent près d'une ligne de chemin de fer ou s'ils doivent traverser une voie ferrée.

La recommendation a été transmise au ministère des Transports.

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué que le ministère des Transports déploie des efforts continus afin de sensibiliser les Néo-Brunswickois à l'importance de la sécurité ferroviaire. Le Ministère a entre autres embauché un agent de la sécurité ferroviaire qui œuvre activement à l'échelle provinciale et nationale au sein du programme Opération Gareautrain.

Other Cases of Interest continued

Operation Lifesaver is an active, on-going public education program designed to heighten general public awareness of the potential hazards of highway/railway crossings and to urge that drivers and pedestrians are cautious when in their vicinity. The program also seeks to inform the public of the dangers associated with trespassing on railway property. The goal of the program is to reduce the number of incidents that result in fatalities and injuries along railway rights-of-way. The program is jointly funded by the Railway Association of Canada and Transport Canada.

The Department co-chairs the New Brunswick Operation Lifesaver Steering Committee which consists of representatives from Safety Services New Brunswick, Transport Canada, the RCMP, CN Police, New Brunswick Southern Railway, VIA Rail Canada, Department of Education, Department of Public Safety and the New Brunswick ATV Federation. Each year the Committee organizes a number of events which promote rail safety including mock collision scenarios and safety blitzes for both vehicular traffic and pedestrians. In addition, the Committee takes part in trade shows and conferences and conducts hundreds of rail safety presentations in New Brunswick schools.

The activities of the Steering Committee take place throughout the year with a particular emphasis on National Rail Safety Week which occurs during the last week of April. During this week the Committee holds a launch and several high profile events to which media are invited. These events include a mock collision scenario in which a vehicle/train

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Opération Gareautrain est un programme actif et continu visant à sensibiliser le public aux dangers que peuvent présenter les passages à niveau et à encourager vivement les conducteurs et les piétons à faire preuve de prudence quand ils se trouvent près d'une voie ferrée. Le programme vise aussi à sensibiliser le public aux dangers associés à l'intrusion sur une propriété ferroviaire. L'objectif du programme est de réduire le nombre de décès et de blessures attribuables à des accidents ayant lieu le long des emprises ferroviaires. Le programme est financé conjointement par l'Association des chemins de fer du Canada et Transports Canada.

Le ministère des Transports agit à titre de coprésident du Comité directeur d'Opération Gareautrain au Nouveau-Brunswick. Ce comité compte des représentants de Services de sécurité Nouveau-Brunswick, de Transports Canada, de la GRC, de la Police du CN, de la New Brunswick Southern Railway, de VIA Rail Canada, des ministères de l'Éducation et de la Sécurité publique, ainsi que de la Fédération des véhicules tout-terrain du Nouveau-Brunswick. Tous les ans, le Comité organise un certain nombre d'activités afin de sensibiliser les gens à la sécurité ferroviaire, notamment des simulations de collisions et des campagnes-éclair visant autant les conducteurs que les piétons. Il participe également à des foires commerciales et à des conférences, en plus de donner des centaines de présentations sur la sécurité ferroviaire dans les écoles du Nouveau-Brunswick.

Les activités du Comité directeur sont réparties sur toute l'année, mais elles sont particulièrement concentrées durant la Semaine nationale de la sécurité ferroviaire, qui se déroule pendant la dernière semaine d'avril. En plus du lancement, le Comité organise au cours de cette semaine diverses activités importantes auxquelles les médias sont

Other Cases of Interest continued

collision is simulated while being witnessed by the students of a nearby high school. The event involves the participation of the local fire, police, ambulance services, railways and often, the Coroner's office. Several students from the school take part in the simulation acting as victims. Following the simulation the participants return to the school and conduct a debriefing with the student body.

The Department also sits on the national Operation Lifesaver Program Review Committee, which is responsible for developing all the print and multimedia material used in the Operation Lifesaver program.

Case #3

On April 20th, 2008, this 51 year old male presented to the hospital emergency room complaining of severe depression and threatening suicide. He was admitted to the psychiatry unit and placed under 15 minute observation.

On April 26th, the deceased was found hanging by his belt in the shower room. Emergency treatment was provided and he was moved to the neuro-intensive care unit and placed on life support. On April 29th, he was removed from life support and died on April 30th.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

invités. Ces activités comprennent notamment une simulation de collision entre un train et une automobile qui se produit sous les yeux des élèves d'une école secondaire des environs. Parmi les intervenants qui participent à l'activité se trouvent les services locaux de police, d'incendie et d'ambulance, divers représentants de l'industrie des chemins de fer et, souvent même, les Services des coroners. Plusieurs élèves de l'école participent à la simulation en jouant le rôle de victimes. Après la simulation, les intervenants et les élèves retournent à l'école et effectuent un débreffage avec l'ensemble des élèves.

Le ministère des Transports est également membre du Comité national de révision du programme Opération Gareautrain, qui s'occupe de concevoir tous les documents imprimés et multimédia nécessaires au programme.

Cas n° 3

Le 20 avril 2008, cet homme de 51 ans s'est présenté à la salle d'urgence de l'hôpital, se plaignant de dépression grave et menaçant de s'enlever la vie. Il a été admis à l'unité psychiatrique et placé sous observation pendant 15 minutes.

Le 26 avril, l'homme a été retrouvé pendu à l'aide de sa ceinture dans la salle de douches. Après avoir reçu des soins d'urgence, il a été déplacé à l'unité des soins neuro-intensifs et branché à un système de maintien des fonctions vitales. Il a été débranché du système le 29 avril et est mort le lendemain.

Other Cases of Interest continued

The coroner has ruled this death a suicide and has made the following recommendation:

> that if a patient is a high risk for suicide that he/she should be monitored more frequently to reduce the risk of injury.

The recommendation was forwarded for consideration by the Department of Health.

The Minister of Health agrees that proper monitoring is important for any suicidal individual and that facilities need to respect Mental Health guidelines to reduce the risk of injury. She has asked the CEO of the Horizon Health Network to conduct a review of internal procedures to ensure they are respecting Mental Health guidelines.

The Horizon Health Network advises that following this death a Sentinel Event Quality Improvement Process Review was held. One of the recommendations from this review was to review and revise the observation policy to reflect the need and necessity of frequent observation of patients and to ensure that documentation on same is made. The observation policy was amended and education of staff in relation to the change was completed in the fall of 2008.

Case #4

This 70 year old male came to his death as a consequence of choking with blockage of the larynx by food bolus.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner a conclu qu'il s'agissait d'un suicide et a formulé la recommandation suivante :

> si une personne traitée présente un risque élevé de suicide, elle devrait faire l'objet d'une surveillance accrue afin de réduire les risques de blessure.

La recommendation a été transmise au ministère de la Santé.

La ministre de la Santé reconnaît qu'il importe d'assurer une surveillance adéquate de tout individu qui présente des tendances suicidaires et que les installations doivent suivre les lignes directrices de la Santé mentale afin de réduire le risque de blessures. Elle a demandé au directeur général du Réseau de santé Horizon de revoir les procédures internes afin de s'assurer de la conformité aux lignes directrices de la Santé mentale.

Le Réseau de santé Horizon précise qu'à la suite de ce décès, le processus d'amélioration de la qualité relativement à cet événement sentinelle a été revu. L'examen a donné lieu à des recommandations dont celle de revoir et de réviser la politique d'observation afin de tenir compte de la nécessité d'observer fréquemment les patients et de s'assurer que les observations sont documentées. La politique d'observation a été modifiée. La sensibilisation du personnel au changement à la politique a été achevée à l'automne de 2008.

Cas n° 4

Cet homme de 70 ans est mort étouffé après qu'un morceau de nourriture ait obstrué son larynx.

Other Cases of Interest continued

He was admitted to the hospital surgical unit on February 11 to undergo surgery to repair an injured hip. He also suffered from Alzheimer's Disease. His first language was Mi'gmaq and spoke very little English.

The surgery was conducted on February 12 and went well. He was returned to the unit to recover. He was served a noon meal on February 13 which consisted of meat and potatoes. Hospital staff cut up his meat and left him to consume the meal alone, despite concerns relayed by family members and notes in his Plan of Care which indicated the following protocols were required; "total feed", "feed with assistance", "total by staff", "gastro feed/interim checks" and "swallowing difficulty/feed difficulty".

The deceased was later found non-responsive in his bed; a "code blue" was called but later cancelled as medical staff determined he had passed away.

The coroner has made the following recommendations:

- that all patients with a history of oesophagus strictures or gastro oesophageal disease have a swallowing assessment conducted immediately upon admission to hospital;
- hospital staff follow all treatment plan protocols as prescribed and any deviations should be annotated with a note of explanation;
- that a review of a patient's previous medical file be included on admission to flag possible areas of concern; and

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Il a été admis à l'unité de chirurgie de l'hôpital le 11 février afin de subir une intervention chirurgicale visant à réparer une blessure à la hanche. Il était également atteint de la maladie d'Alzheimer. Sa langue maternelle était le micmac et il ne parlait que très peu l'anglais.

La chirurgie s'est déroulée sans problème le 12 février. L'homme a ensuite été renvoyé à l'unité de chirurgie pour son rétablissement. Le 13 février, on lui a servi le repas du midi, qui se composait de viande et de pommes de terre. Le personnel infirmier a coupé la viande et l'a laissé manger son repas seul, malgré les craintes exprimées par la famille et les remarques suivantes laissées dans son plan de soin : « à nourrir complètement », « alimentation assistée », « à nourrir complètement par le personnel », « gavage, vérifications périodiques » et « difficulté à avaler, à être nourri ».

L'homme a par la suite été retrouvé inconscient dans son lit. Les membres du personnel médical ont alors lancé un appel « code bleu », mais l'ont annulé quand son décès a été constaté.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

- que tous les patients ayant des antécédents de rétrécissement de l'œsophage ou de maladie gastro-oesophagienne subissent une évaluation de leurs capacités à avaler dès leur admission à l'hôpital;
- que le personnel infirmier suivent les protocoles du plan de traitement tel que prescrits et que toute déviation soit signalée et accompagnée d'une note explicative;
- qu'un résumé du dossier médical du patient soit annexé aux documents d'admission afin de cibler les risques potentiels;

Other Cases of Interest continued

- that patients with difficulties in communicating as a result of language barriers or disabilities have a special admission protocol in order to ensure that previous medical history can be completely documented and recorded.

The recommendations were forwarded to the Department of Health and Regional Health Authority B for their consideration.

The Minister of Health advises that the recommendations were forwarded to the CEOs of both Regional Health Authorities for their review and follow up.

The President and CEO of the Horizon Health Network advises that they strive continually to provide a fully integrated service that addresses both assessment of the patients' needs and treatment plans, using a collaborative and multidisciplinary approach. They also apply the Quality Improvement model to identify opportunities and make improvements in the system whenever possible.

Recommendation - that all patients with a history of oesophagus strictures or gastro oesophageal disease have a swallowing assessment conducted immediately upon admission to hospital.

The President and CEO of the Horizon Health Network advises that in accordance with the *Hospital Act*, attending physicians must complete a detailed history and physical examination of the patient upon admission and document same in the patient's medical record. Interdisciplinary consults can be sent automatically (meaning without a physician's order) to the Speech Language Pathologists for swallowing assessments if any

Autres cas dignes d'intéret (suite)

- que les patients éprouvant des difficultés à communiquer en raison de barrières linguistiques ou d'un handicap soient traités spécialement à leur admission afin d'assurer la documentation et la conservation intégrales de leurs antécédents médicaux.

Les recommandations ont été acheminées au ministère de la Santé et à la Régie régionale de la santé B aux fins d'examen.

Le ministre de la Santé précise que les recommandations ont été acheminées aux directeurs généraux des deux régies régionales de la santé aux fins d'étude et de suivi.

Le président et directeur général du Réseau de santé Horizon précise que le Réseau tente continuellement de fournir des services entièrement intégrés qui évaluent les besoins des patients et dressent des plans de traitement à l'aide d'une approche collaborative et multidisciplinaire. Le Réseau se sert aussi du modèle d'amélioration de la qualité pour cibler les possibilités d'amélioration et pour apporter toute modification possible au système.

Recommandation - que tous les patients ayant des antécédents de rétrécissement de l'œsophage ou de maladie gastro-oesophagienne subissent une évaluation de leurs capacités à avaler dès leur admission à l'hôpital.

Le président-directeur général du Réseau de santé Horizon précise que, conformément à la *Loi hospitalière*, les médecins traitants doivent établir les antécédents médicaux et effectuer un examen physique du patient lorsque ce dernier est admis à l'hôpital, et consigner l'information dans le dossier médical du patient. Une consultation interdisciplinaire peut être demandée automatiquement (sans ordre du médecin) à un

Other Cases of Interest continued

swallowing difficulties are noted. Physicians routinely request consults involving other physician specialists when new onset of swallowing difficulty and/or change in previously known swallowing difficulty is noted. All patients newly diagnosed as having a stroke are automatically kept NPO (nothing by mouth) until a swallowing assessment is completed.

Recommendation - hospital staff follow all treatment plan protocols as prescribed and any deviations should be annotated with a note of explanation.

The President and CEO of the Horizon Health Network advises that any professional of the health care team is entitled to contact the ordering physician for clarification of an order for care. Health care professionals cannot silently refuse to carry out an order for care. Any proposed deviations from prescribed orders for care are discussed and reviewed with the ordering physician. Currently, only deviations from orders involving medications are documented on the patient's record. In follow-up to this recommendation, nursing and allied health care professionals' documentation policies will be reviewed and revised accordingly.

Recommendation - that a review of a patient's previous medical file be included on admission to flag possible areas of concern.

The President and CEO of the Horizon Health Network advises that patients' previous medical records are readily available from the Health

Autres cas dignes d'intéret (suite)

orthophoniste afin d'obtenir une évaluation du patient qui a de la difficulté à déglutir. Les médecins consultent régulièrement d'autres spécialistes lorsqu'ils notent un début de difficulté à déglutir ou un changement à un problème connu de déglutition. Tous les patients chez qui on diagnostique un accident vasculaire cérébral ne doivent rien ingérer par voie orale (aucune injection par la bouche) jusqu'à ce qu'un test de déglutition est fait.

Recommandation - que le personnel infirmier suivent les protocoles du plan de traitement tel que prescrits et que toute déviation soit signalée et accompagnée d'une note explicative.

Le président-directeur général du Réseau de santé Horizon précise que tous les professionnels de l'équipe des soins de santé sont autorisés à communiquer avec le médecin prescripteur pour obtenir des précisions. Les professionnels de la santé ne peuvent pas refuser sans raison d'administrer les traitements ordonnés. Le personnel doit discuter de toute modification proposée aux traitements avec le médecin qui les a ordonnés. Présentement, seules les déviations aux ordres relatifs aux médicaments sont inscrites au dossier du patient. Pour donner suite à la recommandation, les politiques relatives à la documentation s'appliquant aux professionnels infirmiers et paramédicaux seront passées en revue et révisés en conséquence.

Recommandation - qu'un résumé du dossier médical du patient soit annexé aux documents d'admission afin de cibler les risques potentiels.

Le président-directeur général du Réseau de santé Horizon précise que les dossiers sur les antécédents médicaux peuvent facilement être

Other Cases of Interest continued

Records Departments and are routinely called for when patients present at the Emergency Department and/or upon admission to hospital. The ongoing implementation plans for an electronic health record (EHR) provincially and electronic medical record (EMR) regionally will facilitate the health care providers' accessibility to medical records. There are various processes in the Zones to discuss and/or examine areas of concern regarding the patient, including review of the existing medical record, discussions held at team rounds, family case conferences, communicating with external care providers, etc. Processes are in place in some of the Zones to electronically flag the patient's medical record so that health care providers are made aware of specific areas of concerns immediately at the time of registration. We are working to standardize these processes across the zones.

Recommendation - that patients with difficulties in communicating as a result of language barriers or disabilities have a special admission protocol in order to ensure that previous medical history can be completely documented and recorded.

The President and CEO of the Horizon Health Network advises that they make every attempt to provide communication in the language of the patient's choice and to ensure the most effective modes of communication are used. Processes are in place on the nursing units to ensure the availability of bilingual employees. As well, hospitals have directories of contacts for First Nations Liaisons, the Multi-Cultural Association and other translators. Families and/or friends are included to aid in communication where able. Special measures are

Autres cas dignes d'intéret (suite)

obtenus des services des dossiers médicaux et sont régulièrement demandés lorsque des patients se présentent aux services des urgences ou sont admis à l'hôpital. Les plans en cours d'élaboration visant la mise en place de dossiers de santé électroniques (DSE) à l'échelle provinciale et de dossiers médicaux électroniques (DME) à l'échelle régionale rendront les dossiers encore plus accessibles aux fournisseurs de soins de santé. Divers procédés sont en place dans les zones de santé pour permettre de discuter et d'examiner les préoccupations relatives aux patients, notamment l'étude du dossier médical, les discussions tenues lors de rondes en équipe, les conférences de cas avec les familles ainsi les communications avec les fournisseurs de soins de santé externes. Des processus sont également en place dans certaines zones pour attirer l'attention, par voie électronique, sur le dossier d'un patient afin que les fournisseurs de soins soient au courant des préoccupations précises signalées à l'admission du patient. Nous travaillons à normaliser ces processus dans toutes les zones.

Recommandation - que les patients éprouvant des difficultés à communiquer en raison de barrières linguistiques ou d'un handicap soient traités spécialement à leur admission afin d'assurer la documentation et la conservation intégrales de leurs antécédents médicaux.

Le président-directeur général du Réseau de santé Horizon précise que les membres du personnel prennent toutes les mesures possibles pour qu'un patient reçoive des services dans la langue de son choix et pour s'assurer que les modes de communication les plus efficaces sont utilisés. Des procédures sont en place au sein des unités de soins infirmiers pour assurer la disponibilité d'employés bilingues. Les hôpitaux ont également des répertoires de coordonnées d'interprètes ainsi que de personnes-ressources pour la liaison avec les

Other Cases of Interest continued

also taken for those patients who have difficulties in communicating using tools such as picture and communication boards, body gestures, etc. In addition, Audiology Departments in the Zones have protocols whereby they provide audiology tools to assist those patients who are hearing impaired and patients' medical records are flagged accordingly. Special protocols for patients are built-in as part of the flag (or "alert" as referred to in some of the Zones) where the patients' medical records are being flagged electronically. They are cognizant of the need to ensure special protocols are included in the processes for electronically flagging medical records.

Further to the response from the Horizon Health Network CEO, the Executive Director of Hospital Services confirms Regional Health Authority A has also developed measures to comply with these recommendations.

Case #5

This 25 year old male died as a consequence of idiopathic congestive cardiomyopathy after having collapsed at a residence in the Wapske, N.B., area. The deceased was 5.1 kms or approximately 5 minutes from the Tobique Valley Hospital but was transported via ambulance to the Hotel Dieu Hospital in Perth-Andover, a trip that took 26 minutes as the emergency department in Tobique had been previously closed.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Premières nations et l'Association multiculturelle. On fait aussi appel aux familles et aux amis pour faciliter la communication si possible. Des mesures spéciales sont également prises pour aider les patients qui ont des problèmes de communication, notamment l'utilisation d'images, de tableaux de communication et de gestes. En outre, des protocoles sont en place dans certains services d'audiologie qui permettent d'utiliser des outils d'audiologie pour aider les patients ayant une déficience auditive. Ce besoin est également signalé dans le dossier du patient. Des protocoles spéciaux relatifs aux patients sont intégrés au moment du signalement électronique d'un dossier (ou de la « mise en garde » comme certains membres du personnel des zones l'appellent). Les fournisseurs de services de soins reconnaissent le besoin d'inclure des protocoles spéciaux dans le signalement électronique de dossiers médicaux.

À la suite de la réponse du directeur général du Réseau de santé Horizon, la directrice générale des services hospitaliers confirme que la Régie régionale de la santé A a également adopté des mesures afin de se conformer à ces recommandations.

Cas n° 5

Cet homme de 25 ans est décédé à la suite d'une cardiomyopathie congestive idiopathique après avoir perdu connaissance dans une résidence dans le secteur de Wapske, au Nouveau-Brunswick. La victime se trouvait à 5,1 kilomètres ou à environ cinq minutes de l'Hôpital Tobique Valley mais elle a été transportée à l'Hôpital Hotel Dieu de Perth-Andover, un trajet de 26 minutes, en raison de la fermeture du service d'urgence à Tobique Valley.

Other Cases of Interest continued

The coroner has made the following recommendation in this case:

- that the Department of health reconsider the closing of the Tobique Valley Hospital Emergency Department.

The recommendation was forwarded for consideration by the Department of Health.

The Minister of Health reports that the Tobique Valley Hospital Emergency Department was closed on June 30, 2008 after very serious consideration. Horizon Health Network (Regional Health Authority B) made every effort to recruit physicians who would work around the clock. Unfortunately, these efforts were unsuccessful. In order to provide safe and reliable services there must be physician coverage in an ER 24/7. Considerable resources have been dedicated to upgrading the skills and scope of services provided by paramedics and to ensuring rapid response to emergency situations. The scope of practice for ambulance service personnel have been enhanced to the level of Primary Care Paramedic with the addition of advanced skills to treat life threatening conditions in the field. The integrated service delivery model with standardized ambulance response times and enhanced clinical skills have resulted in an improved and consistent ambulance services system for New Brunswick. The sustainability of emergency departments in small rural hospitals is indeed a challenge. A dedicated emergency room team of physicians to provide coverage 24/7 is just not available in the Tobique Valley at this time.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner a recommandé ce qui suit :

- que le ministère de la Santé réexamine la fermeture du service d'urgence de l'hôpital Tobique Valley.

La recommendation a été transmise au ministère de la Santé.

Selon la ministre de la Santé, le service d'urgence de l'hôpital Tobique Valley a été fermé le 30 juin 2008, après mûre réflexion. Le Réseau de santé Horizon (Régie régionale de la santé B) a tout mis en œuvre pour recruter des médecins afin d'offrir le service 24 heures sur 24. Malheureusement, ces efforts ont été vains. Pour dispenser un service fiable et sécuritaire, il faut offrir des soins médicaux d'urgence 24 heures sur 24, sept jours par semaine. D'innombrables ressources ont été consacrées à l'amélioration des compétences des travailleurs médicaux et à l'étendue des services qu'ils offrent. Elles visaient aussi à accroître la rapidité d'intervention en cas d'urgence. Le champ d'activité du personnel ambulancier a été élargi au niveau de travailleur paramédical des soins primaires, comportant l'acquisition de compétences avancées pour traiter les personnes dans des conditions mettant leur vie en danger. Le modèle de prestation intégrée des services, qui comporte un temps d'intervention normalisé des ambulances et des compétences cliniques accrues, a permis d'améliorer le système des services d'ambulance au Nouveau-Brunswick et de le rendre plus homogène. La viabilité des services d'urgence dans les petits hôpitaux ruraux est un défi. L'hôpital Tobique Valley ne possède pas actuellement une équipe de médecins en salle d'urgence pour assurer un service tous les jours 24 heures sur 24.

Other Cases of Interest continued

Case #6

This 41 year old lady had a long history with Mental Health. On August 1, 2007 she tried to jump off the Reversing Falls Bridge and was pulled back. She was taken to the Saint John Regional Hospital, seen by Mental Health and sent home with a referral to Community Mental Health. She went back to the bridge two days later and jumped to her death.

This 42 year old lady had a long history with Mental Health. On May 19th, 2007, she presented to the Saint John Regional Hospital complaining that she was depressed and was having suicidal thoughts. She was examined, prescribed medication and sent home. On May 20th, she returned to the Saint John Regional Hospital and advised that she was still having suicidal thoughts and that the medication was not working. Her medication was changed and she was advised to follow-up with her mental health worker and sent home.

On May 22nd, she attended an appointment with her family physician and a subsequent appointment with her mental health worker who both observed that she had not yet developed a suicide plan and did not appear to be a danger to harming herself.

Later that night or early the next morning, she left her residence and was later found washed up on the beach deceased of apparent drowning which was later confirmed at autopsy.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 6

Les Services de la santé mentale offraient depuis de nombreuses années des services à Shawn Belding, une dame de 41 ans. Le 1er août 2007, elle a essayé de sauter du pont des Chutes réversibles, mais a été retenue. Elle a été admise à l'hôpital régional de Saint-Jean où elle a été examinée par le personnel des Services de la santé mentale. On l'a envoyée chez elle après l'avoir aiguillée vers le Centre de santé mentale communautaire. Deux jours plus tard, elle est retournée au pont et a plongé vers sa mort.

Cette femme de 42 ans avait de nombreux antécédents de problèmes de santé mentale. Le 19 mai 2007, elle s'est rendue à l'hôpital régional de Saint-Jean, se plaignant de souffrir de dépression et d'avoir des pensées suicidaires. On l'a examinée, on lui a prescrit des médicaments, puis on l'a renvoyée chez elle. Le lendemain, elle s'est présentée à nouveau à l'hôpital régional de Saint-Jean, indiquant qu'elle avait toujours des pensées suicidaires et que les médicaments prescrits n'étaient pas efficaces. On a changé ses médicaments, puis on lui a conseillé d'obtenir des services de suivi auprès de son travailleur social avant de la renvoyer à la maison.

Le 22 mai, elle s'est présentée à deux rendez-vous, l'un avec son médecin de famille et le second avec son travailleur social. Ils ont tous deux noté qu'elle n'avait pas encore planifié de se suicider et qu'elle ne semblait pas constituer un danger pour elle-même.

Plus tard le soir même ou tôt le lendemain matin, elle a quitté son domicile et son corps a été retrouvé quelque temps après sur la plage. L'autopsie pratiquée par la suite sur le corps a permis de confirmer la thèse de la noyade.

Other Cases of Interest continued

The coroner stated that he felt a review of the mental health system should be done with regards to lack of beds; lack of secure facilities; lack of enough properly trained and qualified staff and to look at problems clients are experiencing trying to access the system.

In this regard, he made the following recommendation: that a judicial public review be done of the total Mental Health system with a recommendation to update and repair our present system.

The recommendation was forwarded for consideration by the Department of Health.

The Minister of Health reports that the Department appointed the Hon. Judge Michael McKee to lead a task force to review the mental health services offered in New Brunswick.

Case #7

This 23 year old male came to his death as a consequence of asphyxia due to hanging and has been ruled a suicide.

The deceased was serving a sentence at the Atlantic Institution at Renous, New Brunswick. He was being housed in a cell within the segregation unit and was found during routine rounds hanging from a bed sheet tied to a vent on the wall. A suicide note was recovered at the scene. Both the RCMP and Correctional Service of Canada conducted investigations and ruled out foul play.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner a déclaré que, selon lui, un examen du système de santé mentale devrait être mené relativement au manque de lits, à l'absence d'établissements sécuritaires et à la pénurie de personnel adéquatement formé et compétent. De plus, l'examen devrait se pencher sur les difficultés qu'éprouvent les clients lorsqu'ils essayent d'obtenir des services du système de santé mentale.

À cet effet, il a recommandé qu'un examen judiciaire public de tout le système de santé mentale soit mené en vue de moderniser et d'améliorer le système actuel.

La recommendation a été transmise au ministère de la Santé.

La ministre de la Santé précise que son ministère a nommé le juge Michael McKee pour présider un groupe de travail chargé de revoir les services de santé mentale offerts au Nouveau-Brunswick.

Cas n° 7

Cet homme de 23 ans est décédé par asphyxie à la suite d'une pendaison. Le coroner a conclu qu'il s'agissait d'un suicide.

L'homme purgeait une peine à l'établissement correctionnel de l'Atlantique à Renous, au Nouveau-Brunswick. Il occupait une cellule dans l'unité d'isolement et un agent des services correctionnels l'a trouvé suspendu d'un drap noué à un évent lors d'une tournée habituelle. Une note de suicide a été retrouvée sur les lieux. La GRC et le Service correctionnel du Canada (SCC) ont mené des enquêtes relativement à l'incident et ont écarté tout acte suspect.

Other Cases of Interest continued

When the deceased was discovered, the correctional officer had to leave the immediate area to summon assistance as he was not carrying a radio. This is contrary to policy at this Institution. The coroner ruled that this did not have any bearing on the outcome of this incident.

During his investigation, the coroner reviewed all policies concerning the preservation of life at the Atlantic Institution and found that these policies were adequate. He did, however, make the following recommendations:

- that Correctional Service of Canada continue to follow the policy for preservation of life, including CPR (cardio-pulmonary resuscitation) and the use of equipment; in this case a radio (by ensuring all correctional officers carry radios at all times when doing rounds).

- that an annual refresher course of said policies for all staff of the Atlantic Institution Renous (be implemented).

The recommendations were forwarded for consideration by the Atlantic Institute. A response from the Commissioner of Correctional Service Canada was also received.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Lorsqu'il l'a trouvé, l'agent des services correctionnels a dû quitter les lieux pour demander de l'aide puisqu'il n'avait pas de radio en sa possession. Bien que ce soit contraire à la politique de l'établissement, le coroner a conclu que l'absence de la radio n'a eu aucune incidence sur l'issu de l'incident.

Au cours de son enquête, le coroner a examiné toutes les politiques de l'établissement relatives à la prévention de la perte de vie et a conclu qu'elles sont adéquates. Il a toutefois formulé les recommandations suivantes :

- le Service correctionnel du Canada doit continuer à respecter les directives sur la prévention de la perte de vie, notamment celles sur l'administration de la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et l'utilisation du matériel (dans ce cas une radio). Le SCC doit s'assurer que tous les agents des services correctionnels ont une radio en leur possession lorsqu'ils font les tournées.

- tous les employés de l'établissement correctionnel de l'Atlantique à Renous doivent suivre une formation de perfectionnement annuelle relative aux directives sur la prévention de la perte de vie.

Les recommandations ont été transmise au pénitencier fédéral de Renous aux fins d'examen. Une réponse a également été reçue du commissaire du Service correctionnel du Canada.

Other Cases of Interest continued

Recommendation - that Correctional Service of Canada continue to follow the policy for preservation of life, including CPR (cardio-pulmonary resuscitation) and the use of equipment; in this case a radio (by ensuring all correctional officers carry radios at all times when doing rounds).

The Warden of the Atlantic Institution has advised that a review of their post orders has indicated that the necessity for staff to have a unit radio on their person during range walks and cell checks was not in their post orders. The post orders that are relevant to the unit posts have been amended and it is now mandatory that at least one of the correctional officers conducting range walks or cell checks be equipped with a range radio. A briefing note has been prepared to be read at all shift briefings until all staff has been notified of this change to the post order.

The Commissioner of Correctional Service Canada has advised that the following requirements will remain in *Commissioner's Directive 800 - Health Services*, "in responding to a medical emergency, the primary goal is the preservation of life and all staff must act to preserve life: non-health services staff arriving on the scene of a possible medical emergency must immediately call for assistance, secure the area and initiate CPR/first aid without delay."

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation - le Service correctionnel du Canada doit continuer à respecter les directives sur la prévention de la perte de vie, notamment celles sur l'administration de la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et l'utilisation du matériel (dans ce cas une radio). Le SCC doit s'assurer que tous les agents des services correctionnels ont une radio en leur possession lorsqu'ils font les tournées.

Le directeur du pénitencier fédéral de Renous a indiqué qu'un examen des consignes de poste a permis de déterminer que les employés n'étaient pas tenus de porter un émetteur-récepteur sur eux lorsqu'ils effectuent une ronde ou une vérification des cellules. Les consignes de poste s'appliquant aux postes de l'unité ont depuis été modifiées et il est maintenant obligatoire que l'un des agents des services correctionnels effectuant une ronde ou une vérification des cellules ait en sa possession un émetteur-récepteur. Une note d'information a été rédigée et sera lue lors de chaque changement de quart de travail jusqu'à ce que tous les employés aient été informés de la modification apportée aux consignes de poste.

Le commissaire du Service correctionnel du Canada a précisé que les exigences suivantes demeureront dans la Directive n° 800 du commissaire – Services de santé : « Lors d'une urgence médicale, le but principal des intervenants consiste à protéger les vies, et tous les membres du personnel doivent agir pour protéger les vies : les employés n'œuvrant pas dans le domaine de la santé qui arrivent sur les lieux d'une urgence médicale possible doivent immédiatement demander qu'on leur prête assistance, contrôler l'accès aux lieux et commencer sans délai à administrer la RCR ou à prodiguer les premiers soins ».

Other Cases of Interest continued

Recommendation - that an annual refresher course of said policies for all staff of the Atlantic Institution Renous (be implemented).

The Warden of the Atlantic Institution has advised that an annual refresher course on CPR and the use of equipment, as well as the policy for preservation of life, is reviewed as per Correctional Service Canada's national standards on a triennial basis. This is all done during certification training for First Aid and CPR. This is a nationally adopted training standard and cannot be changed at the institutional level.

The Commissioner of Correctional Service Canada has advised that training standards for CPR training are established nationally and staff is re-qualified every three years. The training is in line and consistent with Canada Labour Standards and St. John Ambulance.

Case #8

This 42 year old male died at the Correctional Service Canada Atlantic Institution in Renous, New Brunswick on February 8, 2007 as a consequence of asphyxia by hanging. The coroner ruled this death a suicide.

The deceased had been housed in a single cell within the segregation unit at the Institution when he was found hanging by a towel tied to the mesh grate covering the window. The grate was damaged as to provide a larger space than is intended which facilitated the tying of the towel.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation - tous les employés de l'établissement correctionnel de l'Atlantique à Renous doivent suivre une formation de perfectionnement annuelle relative aux directives sur la prévention de la perte de vie.

Le directeur du pénitencier fédéral de Renous a indiqué que tous les trois ans, le Service correctionnel du Canada procède à une révision de ses normes nationales, notamment en ce qui concerne la formation annuelle de perfectionnement sur la RCR et l'utilisation de l'équipement, ainsi que les directives sur la prévention de la perte de vie. Le tout se déroule durant la formation en vue de la certification de secourisme et de RCR. Cette norme de formation a été adoptée à l'échelle nationale et ne peut être modifiée par aucun établissement.

Le commissaire du Service correctionnel du Canada a souligné que les normes de formation en RCR sont établies à l'échelle nationale et que son personnel est accrédité de nouveau tous les trois ans. Cette formation est conforme aux normes d'emploi du Canada et aux normes de l'Ambulance Saint-Jean.

Cas n° 8

Cet homme de 42 ans est décédé le 8 février 2007 par asphyxie à la suite d'une pendaison à l'établissement de l'Atlantique du Service correctionnel du Canada à Renous. Le coroner a conclu qu'il s'agissait d'un suicide.

Il occupait une cellule simple dans l'unité d'isolement lorsqu'il a été trouvé suspendu d'une serviette nouée à la grille maillée recouvrant la fenêtre. La grille avait été endommagée de façon à créer un espace plus grand permettant d'y nouer la serviette.

Other Cases of Interest continued

The coroner has made the following recommendation:

- that any holes in the metal mesh in cells be repaired as soon as possible.

The recommendation was forwarded to the Atlantic Institute for consideration by Correctional Service Canada (CSC) officials..

CSC conducted an investigation into the circumstances surrounding the incident in February 2007 and provides the following response to the recommendation.

The Chief of Plant Maintenance at Atlantic Institution has confirmed that the inmate used a damaged section of the mesh grate covering the window as a suspension point. The window screen was repaired shortly after the incident. Engineering & Maintenance usually carries out any repairs required on these screens in a timely fashion once reported by security operations. Staff need to remain vigilant concerning any possible suspension points and these will be repaired on a priority basis. CSC is in the process of strengthening the policy in this regard.

Case #9

This 13 year old female came to her death on June 20, 2008 as a result of drowning.

Celebrating the end of the school year, the deceased and a group of friends, jumped a four (4) foot fence in the area of the "Le Rochelle" tourist attraction in Grand Falls, NB; a well known hang out for local teens. They decided to go swimming in the river. While doing so, the deceased was swept away by

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner a formulé la recommandation suivante :

- toute rupture dans les grilles à l'intérieur des cellules doit être réparée dès que possible.

La recommandation a été transmise à l'Établissement de l'Atlantique à des fins d'étude par les représentants de Service correctionnel du Canada (SCC).

SCC a mené une enquête sur les circonstances de l'incident en février 2007 et fournit la réponse suivante à la recommandation.

Le chef des services d'entretien à l'Établissement de l'Atlantique a confirmé que le détenu a utilisé une partie endommagée de la grille recouvrant la fenêtre comme point de suspension. La moustiquaire a été réparée peu de temps après l'incident. Le personnel d'ingénierie et d'entretien répare habituellement ces moustiquaires dans un délai raisonnable, lorsque le personnel des opérations de sécurité signale les réparations requises. Le personnel doit demeurer vigilant pour déceler les points de suspension potentiels qui sont réparés selon la priorité. SCC s'emploie à renforcer la politique à cet égard.

Cas n° 9

Cette jeune fille de 13 ans est morte noyée le 20 juin 2008.

Elle est allée célébrer la fin de l'année scolaire avec des amis dans le secteur de l'attraction touristique « La Rochelle », à Grand-Sault, au Nouveau-Brunswick, un endroit bien connu où les jeunes ont l'habitude de se rassembler. Ils ont franchi une clôture d'une hauteur de quatre pieds et

Other Cases of Interest continued

the fast moving water. Despite a massive search, the deceased was not found until a week later, several kilometres down river near Perth.

The coroner has made the following recommendations in an effort to prevent future deaths in similar circumstances:

- that Grand Falls town officials conduct periodic inspections and evaluation of their fences all around the Falls and the Gorge;
- that warning signs be posted;
- that education about the dangers of the area be considered, especially for high school students.

The recommendation was forwarded for consideration by the Town of Grand Falls, the Minister of Tourism & Parks and School District 3.

The Minister of Tourism & Parks advises that the area of concern, "Le Rochelle", falls under the jurisdiction of the Town of Grand Falls and that town officials should respond to the recommendations.

The Chief Administrative Officer of the Town of Grand Falls advises that the Town of Grand Falls does conduct periodic inspections and evaluations of all fencing around the Falls and Gorge. Additionally, the four foot fence at the La Rochelle centre has been built up to eight feet and the necessary warning signs have been posted.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

ils ont décidé de se baigner dans la rivière. C'est pendant cette baignade que la jeune fille a été emportée par le fort courant. Malgré des recherches intensives, la jeune fille n'a été retrouvée qu'une semaine plus tard, à plusieurs kilomètres en aval, près de Perth.

Afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables, le coroner a formulé les recommandations suivantes :

- que les dirigeants municipaux de la Ville de Grand-Sault mènent des inspections et des évaluations périodiques des clôtures qui entourent les chutes et la gorge;
- que des panneaux d'avertissement soient installés;
- qu'on envisage la possibilité de mettre sur pied une campagne de sensibilisation aux dangers que présente le secteur soit envisagée, particulièrement à l'intention des élèves des écoles secondaires.

La recommandation a été transmise à la Ville de Grand-Sault, au ministre du Tourisme et des Parcs, ainsi qu'au district scolaire 3 aux fins d'examen.

Le ministre du Tourisme et des Parcs précise que le secteur de préoccupation, « Le Rochelle », relève de la compétence de la ville de Grand-Sault et que la réponse aux recommandations devrait provenir des représentants municipaux.

Le directeur général de la Ville de Grand-Sault signale que la Ville de Grand-Sault effectue des inspections et des évaluations périodiques de toutes les clôtures entourant la Gorge et les Chutes. De plus, la clôture située près du centre La Rochelle, qui était d'une hauteur de quatre pieds, est maintenant deux fois plus haute, et les panneaux d'avertissement nécessaires ont été placés.

Other Cases of Interest continued

The Chief Administrative Officer of the Town of Grand Falls also advises that Police Chief, Jean Réal Michaud, has given one session educating students of the dangers associated with the falls and gorge at the John Caldwell School and is in regular contact with the school should such sessions become necessary in the future.

School District 3 advised that Thomas Albert School, in collaboration with the Grand Falls Police, will be organizing information meetings and campaigns for all students in Grades 7 to 12 attending this school.

Case #10

This 53 year old male was found in his home on April 1, 2008, after having fallen approximately 24-72 hours earlier for reasons unknown. He was found by his brother who had not seen him in about four days.

Due to non-payment for several months, electricity was cut off to the deceased's home in February and the house had been without heat or electricity since that time. When paramedics arrived at the scene, they found the deceased hypothermic, with weak vitals and in a very confused state. He was then transported to the Miramichi Regional Hospital where his temperature on admission was determined to be 32.6° C. He had also suffered severe frostbite to both feet. The deceased was admitted to the CCU ward. It was learned that the frostbite to the feet was the result of poor circulation as a result of his severe diabetes and subsequently dry gangrene developed. Over the next several days, the deceased continued to deteriorate despite medical interventions and started to experience renal failure to the point that he was declared palliative on the evening of

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le directeur général de la Ville de Grand-Sault signale aussi que le chef de police, Jean Réal Michaud, a animé une séance visant à sensibiliser les élèves de l'école John Caldwell aux dangers que présentent la gorge et les chutes, et qu'il communique régulièrement avec l'école au cas où de telles séances deviendraient essentielles à l'avenir.

Le District scolaire 3 a indiqué que la Polyvalente Thomas-Albert s'était engagée à collaborer avec le service de police de Grand-Sault afin d'organiser des séances et des campagnes d'information destinées aux élèves de la 7^{e} à la 12^{e} année qui fréquentent cette école.

Cas n° 10

Il s'agit d'un homme âgé de 53 ans qui a été trouvé chez lui le 1er avril 2008. Il aurait, pour une raison inconnue, été victime d'une chute entre 24 et 72 heures plus tôt. Il a été trouvé par son frère, qui ne l'avait pas vu depuis environ quatre jours. Les factures d'électricité étant demeurées impayées depuis plusieurs mois, ce service avait été coupé en février 2008 et la maison n'était plus éclairée ni chauffée depuis ce temps. Lorsque les ambulanciers sont arrivés sur place, l'homme, très confus, souffrait d'hypothermie et ses signes vitaux étaient affaiblis. L'homme a été transporté à l'Hôpital régional de Miramichi. À son arrivée à l'hôpital, la température interne de l'homme était de 32,6 °C et il présentait de graves engelures aux pieds. Il a été transféré à l'unité des soins cardiaques. On s'est alors aperçu que les engelures aux pieds avaient été causées par des problèmes de circulation associés à un diabète grave. Une gangrène sèche est par la suite apparue aux pieds. Au cours des jours qui ont suivi, l'état de l'homme a continué de se détériorer en dépit des interventions médicales et il a

Other Cases of Interest continued

April 5th. On April 6th, at approximately 03:32 hours, the deceased stopped breathing and no life saving measures were attempted at the request of the next of kin. He was pronounced deceased by a nursing supervisor at 03:32 hrs. on April 6, 2008.

During the course of the investigation it was determined that NB Power had no less than six (6) contacts with the account holder regarding the unpaid invoices within the prior five (5) weeks and that repayment schedules were established but not adhered to, resulting in the eventual power disconnect on February 25, 2008.

The deceased was also in receipt of income assistance benefits through the Department of Social Development. His brother, with whom he boarded, was also a recipient of income assistance and the annual heating supplement. None of the professionals involved with the deceased had ever deemed him incompetent. Therefore, he was in a position to make his own decisions concerning his care and the services he chose to receive. While his brother chose to leave, the deceased chose to remain in his home. The deceased also refused to co-sign a repayment schedule that was brokered by his case worker and NB Power officials.

The investigating coroner has made the following recommendations.

1. that NB Power publicize the winter no-disconnect policy through a public awareness campaign so this policy is better understood by the general public;

Autres cas dignes d'intéret (suite)

finalement présenté une insuffisance rénale suffisamment grave pour qu'on l'admette aux soins palliatifs au cours de la soirée du 5 avril. Aux environs de 3 h 32 le 6 avril, l'homme a cessé de respirer. Aucune manœuvre de réanimation n'a été tentée à la demande de la famille. Le décès de l'homme a donc été prononcé à 3 h 32 le 6 avril 2008.

Au cours de l'enquête qui a suivi, on a déterminé qu'au cours des cinq semaines précédant le décès de l'homme, Énergie NB avait communiqué à au moins six reprises avec lui au sujet des factures impayées et qu'un plan de remboursement avait été établi, mais qu'il n'avait pas été respecté, entraînant ainsi la coupure de l'électricité au domicile le 25 février 2008.

On sait également que l'homme bénéficiait du soutien financier du ministère du Développement social. Le frère de l'homme, qui était son colocataire, recevait également ce type de soutien financier de même que le supplément annuel pour les frais de chauffage. Aucun des professionnels ayant eu des contacts avec l'homme n'avait jugé que ce dernier était inapte à prendre ses propres décisions en ce qui concerne sa santé et les services auxquels il désirait souscrire. Lorsque l'électricité a été débranchée, le frère de l'homme a choisi de quitter la maison, mais la victime a décidé de rester. L'homme avait également refusé de cosigner l'entente de remboursement qui avait été négociée pour lui par le travailleur social chargé de son dossier et les représentants d'Énergie NB.

Le coroner chargé de l'enquête a effectué les recommandations qui suivent.

1. qu'Énergie NB mette sur pied une campagne de sensibilisation publique sur sa politique interdisant les débranchements en hiver afin de renseigner la population à son égard;

Other Cases of Interest continued

2. that NB Power modify its monthly account statement to highlight in bold print a warning of possible disconnection to any customer who is in danger of being disconnected for non-payment of account;

3. that NB Power be required to deliver by registered mail a last warning to a customer prior to disconnection and that disconnection not occur until a minimum of 10 days later;

4. that the Province of New Brunswick consider establishing an emergency assistance fund to provide short term loans for customers unable to pay their NB Power accounts based on legitimate economic need; and

5. that Social Development - New Brunswick review its case information system and procedures to ensure better sharing of information amongst staff.

The recommendations were forwarded to NB Power and the Departments of Energy and Social Development.

The Minister of Energy provided the following response to the first three recommendations:

During the 2008-2009 heating season, the Department of Energy partnered with NB Power and other municipal utilities operating within the Province of New Brunswick to produce an information pamphlet that was distributed to all New Brunswick residents in the form of a "bill stuffer" with their respective service provider. In

Autres cas dignes d'intéret (suite)

2. qu'Énergie NB modifie ses relevés de compte mensuels de façon à fournir un avertissement en caractères gras à tout client dont le courant est en danger d'être débranché pour non paiement de factures;

3. qu'Énergie NB soit tenu de livrer aux clients par courrier recommandé un dernier avertissement avant le débranchement et que ce dernier avis soit suivi d'une période d'attente d'au moins dix jours;

4. que le gouvernement du Nouveau-Brunswick établisse un fonds d'aide financière d'urgence pour accorder des prêts à court terme aux clients qui ne peuvent pas payer leurs factures d'Énergie NB s'ils éprouvent des difficultés économiques réelles;

5. que le ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick examine son système d'information sur les dossiers et ses modalités afin de s'assurer que les membres de son personnel partagent l'information recueillie avec plus d'efficacité.

Ces recommandations ont été transmises à Énergie NB de même qu'aux ministères de l'Énergie et du Développement social.

Le ministre de l'Énergie a fourni une réponse aux trois premières recommandations :

Aux cours de la saison froide de 2008-2009, le ministère de l'Énergie, en partenariat avec Énergie NB et d'autres fournisseurs de services publics municipaux de la province, a produit une brochure informative à l'intention de l'ensemble des citoyens du Nouveau-Brunswick. Cette brochure était jointe à une des factures d'électricité. En

Other Cases of Interest continued

addition, the Department participates on a Winter Disconnection Committee made up of representatives of electric utilities operating in the Province as well as representatives of the Department of Social Development. This Committee meets on a regular basis and shares information, including data related to heating assistance, distressed accounts and disconnection figures, in an effort to work together to best serve New Brunswickers and assist them with management of their energy costs. Communication activities, as well as support and assistance measures, also form part of the agendas for these meetings. On November 5, 2008, as part of a comprehensive heating assistance package announced by government, NB Power was directed to extend the winter disconnection period from November 1st to April 30th, an increase of one full month of inclusion. NB Power was also directed by the Minister of Energy to ensure management oversight of service disconnection decisions. This extended period remains in effect for the 2009-2010 heating season.

The Minister advised that NB Power will be responding directly to these three recommendations as they deal specifically with operational decisions and activities that are the responsibility of the NB Power management team.

Recommendation #1

That NB Power publicize the winter no-disconnect policy through a public awareness campaign so this policy is better understood by the general public.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

outre, le ministère siège également au comité chargé de la politique de non-débranchement l'hiver, lequel est constitué de représentants des divers fournisseurs d'électricité de la province ainsi que de représentants du ministère du Développement social. Le comité se réunit régulièrement afin de discuter de diverses questions incluant les données relatives à l'aide au chauffage, aux comptes en souffrance et aux débranchements. Ce comité a pour objectif de mieux servir les Néo-Brunswickois et de les aider à administrer leurs frais d'énergie. Des activités de relations publiques de même que l'élaboration de mesures de soutien et d'assistance sont également à l'ordre du jour des rencontres du comité. Le 5 novembre 2008, dans le cadre d'un programme détaillé d'aide pour les frais de chauffage annoncé par le gouvernement, on a demandé à Énergie NB de prolonger d'un mois sa politique de non-débranchement en hiver afin qu'elle s'étende du 1er novembre au 30 avril. Le ministre de l'Énergie avait aussi demandé à Énergie NB de veiller à régler les dossiers d'omission d'avis de débranchement. Il est à noter que la période de non-débranchement étendue est toujours en vigueur pour la saison 2009-2010.

Le ministre a indiqué qu'Énergie NB donnerait directement suite à ces trois recommandations puisque c'est cette entité qui est chargée des questions et des activités relatives au débranchement.

Recommandation n°1

Qu'Énergie NB mette sur pied une campagne de sensibilisation publique sur sa politique interdisant les débranchements en hiver afin de renseigner la population à son égard;

Other Cases of Interest continued

The President and CEO of NB Power advises that in the fall of 2008 NB Power mailed to all customers the government pamphlet "Facts and Tips on Winter Heating" which provided information on the no-disconnect policy. NB Power continues to publicize the Government's pamphlet as well as NB Power's *Winter Operating Guidelines for Residential Customers* with overdue accounts at www.nbpower.com. For easy access to information related to the policy, the general public can do a "no disconnect policy" search on either NB Power or the provincial government websites. Please refer to the pamphlet or the following link: http://www.gnb.ca/0085/pdf/NBPowerEngWintrPmphlt..pdf.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le président et directeur général d'Énergie NB a indiqué qu'à l'automne 2008 son service a posté à l'ensemble de sa clientèle une brochure intitulée *Les faits et conseils sur le chauffage en hiver* dans laquelle on trouvait de l'information relative à la politique de non-débranchement. Énergie NB continue de distribuer cette brochure gouvernementale. Énergie NB offre aussi de l'information à ce sujet dans ses *Directives d'exploitation relatives aux comptes en souffrance* qu'on peut visionner à l'adresse suivante : www.nbpower.com. Pour trouver facilement l'information relative à cette politique, le grand public peut chercher les mots clés « politique de non-débranchement » sur le site Web d'Énergie NB ou sur celui du gouvernement du Nouveau-Brunswick. Voir la brochure à ce sujet ou suivre le lien suivant : http://www.gnb.ca/0085/pdf/NBPowerFrWintrPmphlt.pdf.

Recommendation #2

That NB Power modify its monthly account statement to highlight in bold print a warning of possible disconnection to any customer who is in danger of being disconnected for non-payment of account.

The President and CEO of NB Power advises that they will continue to warn customers who are in danger of being disconnected for non payment through: monthly bills; automated call messaging; automated reminder notices; mailing separate final notices; employees will continue to make every effort to contact customers at risk of disconnection for non payment and management oversight of disconnection decisions.

Recommandation n°2

Qu'Énergie NB modifie ses relevés de compte mensuels de façon à fournir un avertissement en caractères gras à tout client dont le courant est en danger d'être débranché pour non paiement de factures;

Le président et directeur général d'Énergie NB a précisé que son service continuerait de mettre en garde les usagers qui risquent le débranchement pour non-paiement par l'intermédiaire de factures mensuelles, de messages téléphoniques automatisés, de rappels automatisés ainsi que de l'envoi d'un avis final. Il a aussi déclaré que les employés d'Énergie NB continueront de tenter de joindre les clients qui risquent le débranchement pour non-paiement ou parce qu'ils ont ignoré les avis de débranchement.

Other Cases of Interest continued

Recommendation #3

That NB Power be required to deliver by registered mail a last warning to a customer prior to disconnection and that disconnection not occur until a minimum of 10 days later.

The President and CEO of NB Power advised that they stopped delivering a final notice by registered mail in 2005. A three year winter period analysis concluded too many unclaimed notices. They replaced that practise by adding an additional step to their collection process. NB Power sends a manual letter in the winter (defined to be from November 1 to April 30) and allows 20 days for the customer to act/respond. NB Power schedules the disconnection for non payment work order to be completed within five (5) business days; most field resources responsible for completion of the work order will visit the customer premise with the intent of giving the customer one last opportunity to contact NB Power to work out a mutually agreeable repayment plan. NB Power has taken the appropriate action to mandate the field visit during the defined winter months.

Recommendation #4

That the Province of New Brunswick consider establishing an emergency assistance fund to provide short term loans for customers unable to pay their NB Power accounts based on legitimate economic need.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation n°3

Qu'Énergie NB soit tenu de livrer aux clients par courrier recommandé un dernier avertissement avant le débranchement et que ce dernier avis soit suivi d'une période d'attente d'au moins dix jours;

Enfin, le président et directeur général d'Énergie NB a indiqué que son service avait cessé de transmettre les avis finaux par courrier recommandé depuis 2005. En effet, une analyse portant sur trois hivers avait amené Énergie NB à conclure qu'un trop grand nombre de ces avis n'étaient jamais réclamés. Énergie NB a remplacé cette mesure par trois étapes additionnelles au processus de recouvrement, soit l'envoi d'une lettre au cours de l'hiver (période comprise entre le 1er novembre et le 30 avril) qui est suivi d'un délai d'attente de 20 jours visant à permettre au client de répondre ou de prendre action. Énergie NB procède ensuite à la préparation de l'ordre de débranchement pour non-paiement qui doit être effectué dans un délai de cinq jours ouvrables. La plupart des employés chargés de procéder au débranchement visitent le client afin de lui donner une dernière chance de communiquer avec Énergie NB et d'établir un plan de remboursement approprié. Énergie NB a pris les mesures nécessaires pour s'assurer que la visite aux clients est effectuée pendant les mois d'hiver.

Recommandation n°4

Que le gouvernement du Nouveau-Brunswick établisse un fonds d'aide financière d'urgence pour accorder des prêts à court terme aux clients qui ne peuvent pas payer leurs factures d'Énergie NB s'ils éprouvent des difficultés économiques réelles;

Other Cases of Interest continued

The Minister of Social Development reports that the Department convened its Housing Stakeholders Advisory Committee together with other departments and agencies to develop strategies to address home heating. These discussions resulted in the development of the "Enhanced Emergency Fuel Benefit" available to eligible New Brunswick households determined to be in an emergency. This would include all households not only those in receipt of assistance from Social Development. The benefit of up to $550.00 is not a loan; recipients do not have to pay this money back and it is provided not only to households heating with electricity but is available for all heat types.

Recommendation #5

That Social Development - New Brunswick review its case information system and procedures to ensure better sharing of information amongst staff.

The Minister of Social Development advises that the Department utilizes three specific case management systems: NB Case which supports delivery of income support programs, NB Families which supports services like protection, long term care, health services and our NB Housing system. Clients are also identified as receiving services from the department through an online query system called NB Client. NB Client ensures staff can and do determine what other services a client is receiving and make the appropriate connections from a case management perspective and follow up can occur where warranted. Regional offices also manage clients through case conferencing, not just interdepartmentally, but intradepartmentally and we

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre du Développement social précise que les membres du Comité consultatif des intervenants sur le renouvellement de l'habitation de son ministère se sont réunis avec des représentants d'autres ministères et d'organismes pour mettre au point des stratégies en matière de chauffage domestique. Leurs discussions ont donné lieu à la création du supplément amélioré de chauffage en cas d'urgence pouvant être accordé aux ménages du Nouveau-Brunswick en situation d'urgence. Le supplément n'est pas réservé uniquement aux ménages recevant des prestations d'aide au revenu du ministère du Développement social. Le supplément pouvant atteindre 550 $ n'est pas un prêt, c'est-à-dire que les personnes qui le reçoivent ne doivent pas le rembourser. Le supplément peut être accordé à tout ménage admissible, peu importe le type de chauffage utilisé.

Recommandation n°5

Que le ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick examine son système d'information sur les dossiers et ses modalités afin de s'assurer que les membres de son personnel partagent l'information recueillie avec plus d'efficacité.

Le ministre du Développement social a indiqué que son ministère fait appel à trois stratégies de gestion de cas distinctes qui sont respectivement menées par NB Cas, qui assure la prestation des programmes de soutien financier, Familles NB, qui est chargé des services de protection, de soins à long terme et de soins de la santé de même que la Société d'habitation du Nouveau-Brunswick. On procède également à l'identification des prestataires autorisés de services par l'intermédiaire d'un système en ligne de services à la clientèle, Client NB. Ce service veille à ce que le personnel du ministère détermine quels programmes sont offerts au client en question, fais le lien à la gestion de cas appropriée et assure le suivi du dossier le cas

Other Cases of Interest continued

continue to enhance this service and broaden the scope of participants to ensure the full scope of clients' needs is taken into consideration in the case management process. As Social Development continuously improves its case information systems, it has begun to develop a new client service delivery model which will further improve information sharing and case management practices.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

échéant. Les bureaux régionaux, par conférences de cas, assurent le suivi des dossiers des clients tant à l'interne qu'en coordination avec les autres ministères afin de veiller à ce que les clients bénéficient d'une couverture complète et conforme à leurs besoins. De plus, le ministère du Développement social améliore sans cesse ses systèmes de gestion de cas, et a entamé l'élaboration d'un nouveau modèle de prestation des services à la clientèle qui bonifiera les modalités de partage de l'information et de gestion des dossiers.

Inquests and Cases of Interest (2007)

Follow up on Case #8

This 88 year old gentleman resided at Ridgewood Veteran's Wing and on January 6, 2006, he had gotten out of bed and slipped on the floor. He was taken to the Saint John Regional Hospital where he was operated on to replace his broken hip. After returning to the nursing home, an infection was noted and he was sent back to the Saint John Regional Hospital.

Tests were done and he had to undergo a second surgery on February 12, 2006 to drain the infection from his previous surgery site. Further tests were done and it was found that he had developed Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) and then more tests revealed he had MRSA in the surgery site.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2007):

Suivi du cas digne d'intérêt n° 8

Cet homme, âgé de 88 ans, résidait au Pavillon des anciens combattants de Ridgewood. Le 6 janvier 2006, il a fait une chute en sortant de son lit. Il a été transporté à l'Hôpital régional de Saint-Jean afin d'y subir une opération pour une fracture à la hanche. Suivant son retour au foyer de soins, le personnel a noté la présence d'une infection et il a de nouveau été admis à l'Hôpital régional de Saint-Jean.

Des examens ont été effectués et l'homme a subi une seconde intervention chirurgicale le 12 février 2006 afin de drainer l'infection qui s'était installée à la suite de la première chirurgie. Des examens de laboratoire additionnels ont révélé que l'homme souffrait d'une infection à *Staphylococcus aureus* résistante à la méthicilline (SARM) et d'autres examens effectués par la suite ont permis de conclure que le SARM était présent dans la zone de la première opération.

Inquests and Cases of Interest (2007) continued

The coroner made the following recommendations:

1. The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine the level of patient hospital acquired infections.

2. The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine the level of sanitation within the hospital.

3. The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine if the cleaning materials used are adequate for today's hospitals and infectious diseases.

The recommendations were forwarded to the Minister of Health.

The Minister of Health advised that the coroner's recommendations were forwarded to the Chief Executive Officer of the Regional Health Authority (RHA) involved.

Recommendation #1

The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine the level of patient hospital acquired infections.

The Regional Health Authority B, Zone 2 advised that the following Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) initiatives were put in place:

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2007) (suite) :

Le coroner a effectué les recommandations suivantes :

1. L'Hôpital régional de Saint-Jean doit mener une étude afin de déterminer quel est le taux d'infections nosocomiales contractées par ses patients.

2. L'Hôpital régional de Saint-Jean doit procéder à une étude afin de déterminer le degré de désinfection effectué dans son établissement.

3. L'Hôpital régional de Saint-Jean doit effectuer une étude afin de déterminer si les produits nettoyants utilisés permettent de contrer adéquatement les maladies infectieuses qui ont cours aujourd'hui en milieu hospitalier.

Les recommandations ont eté envoyés au ministère de la Santé.

Le ministre de la Santé fait savoir que les recommandations du coroner ont été transmises au directeur général de la régie régionale de la santé (RRS) en cause.

Recommandation n° 1

L'Hôpital régional de Saint-Jean doit mener une étude afin de déterminer quel est le taux d'infections nosocomiales contractées par ses patients.

La régie régionale de la santé B de la zone 2 a signalé que les initiatives suivantes relativement au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ont été mises en œuvre :

Inquests and Cases of Interest (2007) continued

- Collection of data on MRSA in adherence to the Canadian Nosocomial Infection Surveillance program (CNISP) surveillance definitions for MRSA incidence in order to benchmark ourselves against the national healthcare associated MRSA prevalence rate.

- Participation in the Provincial Infection control Working Group to facilitate province wide infection control standards.

- Completion of all recommendations set forth by the MRSA Task Force Report based on an in-depth evidence based review of current literature on MRSA up to and including 2005.

- Regular monitoring of compliance rates for MRSA admission screening to ensure all high risk patients are screened on admission to any Region 2 facility within 24 hours (compliance rates have improved by 20% since beginning monitoring).

- Region wide MRSA presentation delivered by Dr. Duncan Webster (Medical Director of Infection Prevention & Control {IPC} and Kim Roberts (Regional Manager of IPC) to a total of 977 staff members within Region 2.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2007) (suite) :

- Collecte de données sur le SARM conformément aux définitions de la surveillance du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) pour déterminer le taux d'incidence des infections au SARM afin de nous comparer au taux national de prévalence des infections au SARM associées aux soins de santé.

- Participation au groupe de travail provincial de prévention des infections pour faciliter la mise en œuvre de normes provinciales de prévention des infections.

- Mise en œuvre de toutes les recommandations formulées dans le rapport du groupe de travail sur le SARM à la suite d'un examen approfondi fondé sur les résultats des documents sur le SARM qui ont été publiés jusqu'en 2005.

- Surveillance régulière des taux de conformité relatifs au dépistage du SARM à l'admission pour s'assurer que tous les patients à risque élevé sont dépistés à l'admission dans tous les établissements de la région n° 2 dans les 24 heures (les taux de conformité se sont améliorés de 20 % depuis le début de la surveillance).

- Présentation sur le SARM fournie dans l'ensemble de la région n° 2 par le Dr Duncan Webster (directeur médical de la prévention des infections) et Kim Roberts (gestionnaire régionale de la prévention des infections) à un total de 977 membres du personnel.

Inquests and Cases of Interest (2007) continued

- The distribution of MRSA statistics to all unit managers, clinical department heads and administrative directors within Region 2 with instruction to ensure staff are aware of the information in these reports.

- Pilot project conducted and subsequent implementation of regular MRSA screening of all surgical and medical intensive care unit patients.

- Change made to the electronic patient information system to facilitate better communication of patient Multiple Resistant Organism (MRO) status.

- Creation of a hand hygiene promotion booth in the lobby of the Saint John Regional Hospital operated by volunteers to encourage hand washing upon entering the facility.

- Changes made to laboratory methods of testing MRSA specimens to ensure a high level of specificity in a reasonable turnaround time.

- Pilot project conducted and subsequent implementation of recommendations for the regular screening of all prior positive MRSA patients monthly while in an acute care facility and bimonthly in a non acute care facility (i.e. Ridgewood Veteran's, St. Joseph's hospital).

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2007) (suite) :

- Distribution de statistiques sur le SARM à tous les gestionnaires d'unité, chefs des services cliniques et directeurs administratifs de la région n° 2 en leur donnant la consigne de s'assurer que les membres du personnel sont au courant de l'information contenue dans ces rapports.

- Tenue d'un projet pilote et mise en œuvre subséquente d'examens de dépistage réguliers du SARM pour tous les patients en chirurgie et en soins médicaux de l'unité des soins intensifs.

- Changement apporté au système électronique d'information sur les patients afin de faciliter la communication de l'état de résistance à plusieurs organismes.

- Création d'un kiosque de promotion de l'hygiène des mains tenu par des bénévoles dans le hall de l'hôpital régional de Saint-Jean afin d'encourager le lavage des mains à l'entrée dans l'établissement.

- Changements apportés aux méthodes utilisées en laboratoire pour tester les spécimens en vue d'y détecter le SARM afin d'assurer un degré de spécificité élevé dans un délai raisonnable.

- Tenue d'un projet pilote et mise en œuvre subséquente de recommandations pour le dépistage régulier de tous les patients ayant déjà été porteurs du SARM sur une base mensuelle lorsqu'ils sont dans un établissement de soins actifs et tous les deux mois lorsqu'ils sont dans un établissement de soins non actifs (p. ex. : unité des anciens combattants de Ridgewood, St. Joseph's Hospital).

Inquests and Cases of Interest (2007) continued

- The implementation of mandatory screening of all patients identified as high risk for MRSA as per Atlantic Health Sciences Corporation (AHSC) protocols following an in-depth ethical review of AHSC's MRSA rates and the principles of utility and autonomy by Dr. Timothy Christie, Clinical Ethicist. This removed the ability of physicians to refuse testing on t heir patients (orders are put in under the IPC Manager in lieu of the attending physician) and allows staff to isolate patients who refuse screening to protect the entire patient population from at risk individuals whose MRSA status is unknown.
- The purchase of pre-moistened wipes with an accelerated hydrogen peroxide base to encourage and help facilitate the cleaning of equipment between all patients as per Routine Precautions.

- Funding received under Dr. Duncan Webster to study the efficacy of two different types of decolonization for patients who are colonized with MRSA. Study will be ongoing over the next couple of years.

- Availability of individual bottles of alcohol hand sanitizer and belt clips for use by staff.

- Education on MRSA delivered during every interdisciplinary orientation session for AHSC staff.

Recommendation #2

The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine the level of sanitation within the hospital.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2007) (suite) :

- Mise en œuvre de mesures de dépistage obligatoires pour tous les patients reconnus à haut risque d'infection au SARM en vertu des protocoles de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA) à la suite d'un examen éthique approfondi des taux d'incidence des infections au SARM de la CSSA et des principes d'utilité et d'autonomie du D[r] Timothy Christie, éthicien clinique. Ces mesures ont éliminé la capacité des médecins de refuser de faire passer des tests de dépistage à leurs patients (les ordonnances sont émises par la gestionnaire de la prévention des infections plutôt que par le médecin traitant) et permettent aux membres du personnel d'isoler les patients qui refusent de passer des tests de dépistage afin de protéger l'ensemble des patients des personnes à risque dont l'état d'infection au SARM est inconnu.

- Financement reçu grâce au D[r] Duncan Webster pour étudier l'efficacité de deux types différents de décolonisation des patients qui sont infectés par le SARM. L'étude se poursuivra au cours des prochaines années.

- Disponibilité de bouteilles individuelles de désinfectant pour les mains à base d'alcool et de pinces pour ceinture à l'usage du personnel.

- Éducation sur le SARM fournie lors de chaque séance d'orientation interdisciplinaire tenue à l'intention du personnel de la CSSA.

Recommandation n° 2

L'Hôpital régional de Saint-Jean doit procéder à une étude afin de déterminer le degré de désinfection effectué dans son établissement.

Inquests and Cases of Interest (2007) continued

The Regional Health Authority B, Zone 2 advised that the level of sanitation is constantly being monitored by Environmental Services (EVS) and Patient Support Services (PSW) Supervisors. Written checklists are completed on random areas throughout the hospital on a regular basis. The results are compiled monthly, reviewed by supervisors and management staff and appropriate action taken to resolve deficiencies.

Recomomendation #3

The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine if the cleaning materials used are adequate for today's hospitals and infectious diseases.

The Regional Health Authority B, Zone 2 advised that the disinfectants used in AHSC facilities are "approved for use" by the Region 2 Infection Control Committee. General cleaning products are determined by an RFP (Request for Proposal) process (participation by four (4) Health Authorities) and verified by product trials. The last switch for major vendors was in 2006. Disinfectant use can vary by area (department) being cleaned.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2007) (suite) :

La régie régionale de la santé B de la zone 2 a signalé que le niveau de salubrité est constamment vérifié par les surveillants des services environnementaux et des services de soutien aux patients. Des listes de contrôle écrites sont régulièrement remplies pour des zones de l'hôpital choisies au hasard. Les résultats sont compilés chaque mois et examinés par les surveillants et le personnel de gestion, et des mesures appropriées sont prises pour combler les lacunes.

Recommandation n° 3

L'Hôpital régional de Saint-Jean doit effectuer une étude afin de déterminer si les produits nettoyants utilisés permettent de contrer adéquatement les maladies infectieuses qui ont cours aujourd'hui en milieu hospitalier.

La régie régionale de la santé B de la zone 2 a signalé que les désinfectants utilisés dans les établissements de la CSSA sont approuvés par le comité de prévention des infections de la région n° 2. Les produits de nettoyage général sont déterminés au cours d'un processus de demande de propositions (participation de quatre régies régionales de la santé) et vérifiés par essais de produits. Le dernier changement de vendeurs important a eu lieu en 2006. L'utilisation des désinfectants peut varier selon la zone (service) qui est nettoyée.